Jucimar Frigo

# A (des) integralidade da atenção à saúde das mulheres:

## Um corpo arquipélago na consulta ginecológica

Ano 2022

Jucimar Frigo

# A (des) integralidade da atenção à saúde das mulheres:

## Um corpo arquipélago na consulta ginecológica

Ano 2022

**Editora chefe**
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
**Editora executiva**
Natalia Oliveira
**Assistente editorial**
Flávia Roberta Barão
**Bibliotecária**
Janaina Ramos
**Projeto gráfico**
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
**Imagens da capa**
Lucas Souza Leite
**Edição de arte**
Luiza Alves Batista



Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE
Atena
Editora
Ano 2022

A (des)integralidade da atenção à saúde das mulheres: um corpo arquipélago na consulta ginecológica

**Diagramação:** Bruno Oliveira
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga
**Revisão:** O autor
**Autor:** Jucimar Frigo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

F912 Frigo, Jucimar
A (des)integralidade da atenção à saúde das mulheres: um corpo arquipélago na consulta ginecológica / Jucimar Frigo. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0362-3
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.623222306

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Ginecologia. 3. Saúde. 4. Enfermagem. I. Frigo, Jucimar. II. Título.
CDD 618.10231

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Atena Editora**
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem sob a orientação da Profª. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

# AGRADECIMENTOS

À minha amada filha, amor maior, **Maria Cecília**, obrigada pelo carinho, doçura, ternura e incentivo, mesmo não entendendo muita coisa do que eu falava sempre se mostrou presente. Suas cartas de amor escondidas na minha mala de viagem suavizaram o processo de doutoramento. AMO VOCÊ!

Ao meu esposo **Cesar**, meu amor, amigo e companheiro de todas as horas, obrigado por fazer parte da minha vida, compreender minha ausência, por me ajudar a concretizar esse sonho e cuidar da nossa família com tanto AMOR. TE AMO!

Aos meus pais **Antônio e Irene**, meu amor e respeito, obrigado por estarem ao meu lado idealizando e concretizando esse sonho. Essa vitória também é de vocês!

À Profª. **Dora de Oliveira** minha querida orientadora. Agradeço por acreditar na minha capacidade, pela disponibilidade em partilhar saberes, por entender minhas incertezas e dúvidas. Sou grata pelos momentos de aprendizagem e por ter conduzido essa caminhada com tanta competência.

Juci Frigo

07 de Janeiro de 2022

## SUMÁRIO

# RESUMO

**A (des) integralidade da atenção à saúde das mulheres:** o caso das consultas ginecológicas na rede pública de um município do Oeste de Santa Catarina.

No âmbito da atenção à saúde das mulheres, demandas relativas à atenção à saúde ginecológica têm merecido destaque na definição do conjunto de ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde. Apesar da retórica ênfase dessas ações na integralidade em saúde, a atenção à saúde ginecológica segue sendo realizada de modo restrito e simplificado. O estudo, de abordagem qualitativo-exploratória, foi do tipo Estudo de Caso e objetivou analisar o modo como se organiza a atenção à saúde das mulheres na rede pública de atenção ginecológica do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde. A consulta ginecológica foi escolhida como unidade de análise, utilizando-se os seguintes instrumentos de pesquisa: entrevistas semiestruturadas, observações diretas e grupos focais. O trabalho de campo teve duração de seis meses, com início em 2016, e as informações foram interpretadas por meio de análise de conteúdo. A análise evidenciou várias fragilidades no atendimento das necessidades de saúde das mulheres no contexto estudado, destacando-se a pouca articulação entre os diferentes níveis de atenção e o uso pouco regular de mecanismos de referência e contra referência. Fragmenta-se, assim, o atendimento, reduzindo-se a qualidade das ações e as possibilidades de produção de integralidade da atenção. Um problema adicional é a limitação do escopo das consultas ginecológicas, dispositivos que são centrais no atendimento às demandas ginecológicas na rede estudada. Nas consultas, o cuidado é ofertado por meio de um “combo de serviços ginecológicos”, uma espécie de “cesta básica” com foco geralmente restrito ao exame citopatológico, à prescrição de anticoncepcionais e ao encaminhamento à mamografia. Esse combo é naturalizado pelos atores que circulam nos diversos níveis de atenção, inclusive pelas usuárias, legitimando-se tais ações como limites possíveis do atendimento e criando-se um cenário onde pouco variam as necessidades de saúde ginecológica passíveis de serem satisfeitas. Nos atendimentos, cada usuária é tomada como um corpo fragmentado em partes, algumas mais importantes que outras, do ponto de vista da saúde ginecológica. Este corpo foi metaforicamente interpretado como “corpo arquipélago”, um conjunto de partes de valorização distinta, as quais não são consideradas como constituintes de um todo e para as quais se define a priori um grupo de genéricas necessidades e respectivas ações de cuidado. Ficam, desconsideradas, assim, as singularidades das usuárias, reduzindo-se as possibilidades de produção de integralidade. Concluiu-se que, embora nem sempre seja assim, no contexto estudado é comum negligenciar-se o potencial de consultas ginecológicas para trocas intersubjetivas que possibilitariam ampliar a identificação e compreensão das necessidades de saúde das mulheres que acessam essas consultas. Mudanças neste cenário poderão advir do reconhecimento de que a promoção da saúde das mulheres em serviços de atenção ginecológica não pode ficar restrita a definições epidemiológicas sobre o que elas precisam para estarem e se sentirem saudáveis. A enfermagem tem significativa influencia os modos como à saúde das mulheres é enfocada nas redes assistenciais, em especial no contexto da atenção à saúde ginecológica. Isto é indicativo da sua importância para que estas transformações se efetivem.

**Palavras-chaves:** Saúde da mulher. Ginecologia. Integralidade em saúde. Enfermagem.

# ABSTRACT

**The (dis)integrality of women's health care:** the case of gynecological consultations in the public network of western Santa Catarina.

In the context of women's health care, demands related to gynecological health care have deserved prominence in the definition of the set of programmatic actions proposed by the ministry of health. Despite the rhetorical emphasis of these actions on health integrality, attention to gynecological health continues to be carried out in a restricted and simplified way. This qualitative-exploratory study is a Case Study and was aimed to analyze the way in which women's health care is organized in the public gynecological care network of the West of Santa Catarina and its potential to produce health integrality. The gynecological consultation was chosen as the unit of analysis and used the following research instruments: semi-structured interviews, direct observations and focal groups. Data collection lasted six months, beginning in 2016, and the information was interpreted through content analysis. The analysis revealed several weaknesses in meeting the health needs of women in the context studied, highlighting the poor articulation between the different levels of care and the less regular use of reference and counter-reference mechanisms. Thus, the service is fragmented, which causes the diminishment of the quality of the actions and the possibilities of production of assistance integrality. An additional problem is the limitation of the scope of the gynecological consultations, devices that are fundamental to the gynecological demands of the studied network. In the consultations, care is offered through a "gynecological services set", a kind of "basic offer" that has a focus generally restricted to cytopathological examination, prescription of contraceptives and referral to mammography. The actors that circulate in the different levels of attention, including users, naturalize this set. This legitimizes such actions as possible limits on the assistance provided, which created a scenario in which the necessities of gynecological health almost do not vary, and that may be filled. In the consultations, each user is taken as a body fragmented into parts, some are more important than others, from the point of view of gynecological health. This body was metaphorically interpreted as "archipelago body", a set of distinct parts of valorization, which are not considered as constituents of a whole and for which a group of generic needs and respective care actions are defined a priori. Thus, the singularities of the users are disregarded, a fact that reduce the possibilities of integrality. It was concluded that, although this is not always the case, in the context studied, it is common to overlook the potential of gynecological consultations for intersubjective exchanges that would make it possible to broaden the identification and understanding of the health needs of the women who access these consultations. Changes in this scenario may arise from the recognition that the promotion of women's health in gynecological care services cannot be restricted to epidemiological definitions of what they need to be and feel healthy. Nursing has a significant influence on the ways in which women's health is focused on care networks, especially in the context of gynecological health care. This is indicative of its importance for these transformations to take place.

**Keywords:** Women's health. Gynecology. Integrality in health. Nursing.

# RESUMEN

**La (des) integralidad de la atención a la salud de las mujeres:** el caso de las consultas ginecológicas en la red pública del oeste de Santa Catarina.

En el ámbito de la atención a la salud de las mujeres, demandas relativas a la atención a la salud ginecológica han merecido destaque en la definición del conjunto de acciones programáticas propuestas por el Ministerio de Salud. A pesar de la retórica énfasis de esas acciones en la integralidad en salud, la atención a la salud ginecológica sigue siendo realizada de manera restringida y simplificada. El estudio, de abordaje cualitativo-exploratorio, fue del tipo Estudio de Caso y objetivó analizar el modo en que se organiza la atención a la salud de las mujeres en la red pública de atención ginecológica del Oeste de Santa Catarina y su potencial para producir integralidad en salud. La consulta ginecológica fue elegida como unidad de análisis, utilizando los siguientes instrumentos de investigación: entrevistas semiestructuradas, observaciones directas y grupos focales. El trabajo de campo tuvo una duración de seis meses, comenzando en 2016, y las informaciones fueron interpretadas por medio de análisis de contenido. El análisis evidenció varias fragilidades en la atención de las necesidades de salud de las mujeres en el contexto estudiado, destacándose la poca articulación entre los diferentes niveles de atención y el uso poco regular de mecanismos de referencia y contra referencia. Se fragmenta así la atención, reduciéndose la calidad de las acciones y las posibilidades de producción de integralidad de la atención. Un problema adicional es la limitación del alcance de las consultas ginecológicas, dispositivos que son centrales en la atención a las demandas ginecológicas en la red estudiada. En las consultas, el cuidado es ofrecido por medio de un “combo de servicios ginecológicos”, una especie de “cesta básica” con foco generalmente restringido al examen citopatológico, a la prescripción de anticonceptivos y al encaminamiento a la mamografía. Este combo es naturalizado por los actores que circulan en los diversos niveles de atención, incluso por las usuarias, legitimándose tales acciones como límites posibles de la atención y creándose un escenario donde poco varían las necesidades de salud ginecológica pasibles de ser satisfechas. En las atenciones, cada usuaria es tomada como un cuerpo fragmentado en partes, algunas más importantes que otras, desde el punto de vista de la salud ginecológica. Este cuerpo fue metafóricamente interpretado como “cuerpo archipiélago”, un conjunto de partes de valorización distinta, las cuales no son consideradas como constituyentes de un todo y para las cuales se define a priori un grupo de genéricas necesidades y sus acciones de cuidado. Se quedan, desconsideradas, así, las singularidades de las usuarias, reduciéndose las posibilidades de producción de integralidad. Se concluyó que, aunque no siempre es así, en el contexto estudiado, es común descuidar el potencial de consultas ginecológicas para intercambios intersubjetivos que posibilitarían ampliar la identificación y comprensión de las necesidades de salud de las mujeres que acceden a esas consultas. Los cambios en este escenario pueden derivarse del reconocimiento de que la promoción de la salud de las mujeres en servicios de atención ginecológica no puede quedar restringida a definiciones epidemiológicas sobre lo que ellas necesitan para estar y sentirse saludables. La enfermería tiene significativa influencia en los modos como la salud de las mujeres se enfoca en las redes asistenciales, en especial en el contexto de la atención a la salud ginecológica. Esto es indicativo de su importancia para que estas transformaciones se efectúen.

**Palabras claves:** Salud de la mujer. Ginecología. Integralidad en salud. Enfermería.

# CAPÍTULO 1

## INTRODUZINDO E JUSTIFICANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

A pesquisa que deu origem a presente tese insere-se na linha de pesquisa "Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS) e apresenta como tema central a integralidade da atenção no campo da saúde ginecológica.

O estudo tem origem em um projeto-base intitulado "Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica", que vem sendo desenvolvido por pesquisadores do PPGENF que integram o Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS).

A pesquisa pretendeu ampliar o escopo do projeto-base, tratando da atenção ginecológica não somente em cenários da Atenção Básica (AB), mas em toda a rede pública de saúde. O cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi o munícipio de Chapecó, localizado na região oeste de Santa Catarina. Além de ser o contexto de trabalho da pesquisadora, Chapecó atua como polo de saúde para toda a região Oeste de Santa Catarina, a qual conta com mais de 200 municípios e cerca de um milhão de habitantes (CHAPECÓ, 2014). O estudo enfocou a atenção à saúde ginecológica na rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina e seu potencial para produzir integralidade em saúde.

Além de tratar, de forma mais ampla, a rede pública de serviços de saúde responsáveis pelas ofertas assistenciais no contexto da atenção ginecológica, o estudo destaca, dentre essas ofertas, as consultas ginecológicas realizadas na rede. É a partir dos atendimentos realizados em consultas ginecológicas que a Rede de Atenção em Saúde (RAS) se organiza para dar conta das necessidades e dos problemas de saúde ginecológica das usuárias. Considerada esta centralidade, tomou-se a consulta ginecológica como parte do objeto de pesquisa. Por meio da observação direta de consultas ginecológicas realizadas na RAS estudada, foi possível conhecer, com mais profundidade, o cenário da atenção ginecológica que se efetiva em Chapecó, no espaço mais objetivo em que essa se concretiza.

Pela sua natureza, as consultas ginecológicas se destacam nos serviços como espaço específico para atendimento das necessidades de saúde das mulheres. É uma ação que tem relevância no controle epidemiológico das doenças com prioridade na agenda governamental, como o câncer de colo do uterino e de mama e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), além de ser importante para o planejamento familiar e atendimentos de outras necessidades, identificadas a partir da capacidade reprodutiva das mulheres (BRASIL, 1984). Para além destas especificidades,

reconhece-se, na presente tese, que consultas ginecológicas podem extrapolar os resultados, de caráter protocolar, de ações previamente definidas como importantes para a saúde das mulheres. Dependendo de o quanto se explora suas possibilidades de diálogo, as consultas ginecológicas podem servir para trocas intersubjetivas, capazes de ampliar a identificação e compreensão das necessidades de saúde das mulheres que acessam essa oferta assistencial. E isto pode facilitar a produção de integralidade da atenção à saúde das mulheres. Essa característica também foi levada em conta no destaque conferido, no presente estudo, às consultas ginecológicas.

A aposta é que, por seu potencial dialógico, a consulta ginecológica, pode ser um dispositivo de superação da fragmentação da atenção, substituindo o cuidado centrado no aparelho reprodutor por uma atenção sustentada em cenários de intersubjetividade, interdisciplinaridade e intersetorialidade (AYRES, 2009a).

Apesar do destaque conferido nas políticas e programas governamentais à integralidade da atenção à saúde das mulheres, a análise do Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Chapecó é reveladora de que, essa atenção segue focada no controle de doenças do aparelho reprodutor, em especial, em situações relacionadas ao câncer do colo do útero e de mama (CHAPECÓ, 2014). A relação da pesquisadora com o município, definida pela sua condição de residente e, também, em função de ser este o local onde exerce suas atividades profissionais, motivou a escolha desta região como cenário do estudo. As vivências que resultaram desta proximidade estimularam a busca por compreender as aparentes limitações da rede pública de atenção em saúde que opera neste contexto para dar conta das necessidades de saúde ginecológica das usuárias da RAS estudada.

A atenção à saúde das mulheres é uma prioridade do Ministério da Saúde (MS) e também um desafio para os gestores e profissionais de saúde. Passados 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse sistema vem sofrendo constantes mudanças, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. A realização de pesquisas no âmbito da rede de atenção à saúde das mulheres é um dos mecanismos que podem contribuir no acompanhamento e análise destas mudanças, considerando a importância de se manter uma coerência entre as ofertas de atenção e as necessidades de saúde das mulheres, também em constante transformação (BRASIL, 2013b).

Na contemporaneidade, as mulheres têm convivido com uma sobrecarga de atividades diárias, originada numa conjuntura que, ao mesmo tempo em que lhes confere autonomia, lhes exige competência para desempenhar funções usuais e para assumir novas responsabilidades. O cuidado da casa e da família são tarefas que, se, por um lado, apresentam tendência a extrapolarem a representação de típica função feminina, na prática ainda não estão completamente fora do conjunto de responsabilidades das mulheres. Fora

do ambiente doméstico, as mulheres vêm assumindo, cada vez com mais frequência e intensidade, atividades no mercado de trabalho, acumulando jornadas semanais de trabalho duplas e triplas (PEREIRA; LIMA, 2017). Estresse, depressão, problemas relacionados aos scripts de gênero, sexualidade e função reprodutiva, experiências de violência doméstica, além de doenças crônicas degenerativas são exemplos de sofrimentos muito comumente presentes na vida das mulheres na atualidade (BRASIL, 2013b).

Estes “novos modos de andar a vida” das mulheres exigem dos serviços de saúde uma reorganização das ofertas assistenciais de forma a dar conta desta dinâmica cotidiana (CANGUILHEM, 1978, p. 75; MATTOS, 2004). Tal reorganização poderia incluir, por exemplo, maior flexibilidade no horário de atendimento para facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, principalmente, no caso das trabalhadoras que cumprem uma jornada diária de oito horas e ficam limitadas para acessar os serviços, os quais, normalmente, estão disponíveis apenas em horário comercial (MORAES, 2016).

No âmbito da atenção à saúde das mulheres, demandas relativas à saúde ginecológica têm merecido destaque na definição do conjunto de ações programáticas propostas pelo MS. Contudo, apesar da retórica ênfase na integralidade em saúde, presente nas Políticas e Programas dirigidos à saúde das mulheres desde a década de 1980, a saúde ginecológica segue sendo definida de modo restrito e simplificado.

Essa perspectiva reducionista com que a ginecologia se constitui é contrária à origem da própria palavra, do grego “*gyne*” (mulher) e “*logia*” (estudo), ou seja, estudo da mulher. Tal definição emergiu de um discurso que pretendia conhecer a natureza específica da mulher, com pretensões muito mais amplas do que o simples tratamento das doenças femininas (MOSCUCCI, 1996).

Apesar do legado positivo da palavra “ginecologia”, a crítica tem enfatizado a simplificação histórica com que essa ciência tem sido sustentada nos serviços de saúde (MEYER *et al.*, 2014; ROHDEN, 2001). Buscando definir ginecologia, alguns dicionários brasileiros reeditados expressam ginecologia como a ciência ou tratado dos órgãos sexuais da mulher, da sua fisiologia e das suas doenças, ou também como a especialidade da medicina que se ocupa do organismo feminino e de seu aparelho genital (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2008; HOUAISS, 2009). Percebe-se que a definição de senso comum de “ginecologia” continua ancorada nas funções e perturbações peculiares às mulheres, com relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina.

Vários fatores vêm contribuindo para uma maior visibilidade e reconhecimento da importância da atenção integral à saúde das mulheres, corroborando a crítica de visão reducionista que tradicionalmente embasa as ações em saúde dirigidas às mulheres. Dentre eles podemos citar a luta dos movimentos sociais em prol da consolidação dos direitos das mulheres, em especial à saúde, e pela elaboração de políticas e programas voltados às suas necessidades específicas (BRASIL, 2013b).

Desde o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a agenda do Estado relativa à atenção à saúde das mulheres vem sendo proposta sob a lógica da integralidade, defendendo-se o direito das mulheres à saúde e a ampliação da atenção para além das necessidades referentes ao processo reprodutivo (BRASIL, 2013b).

Em 1984, o MS, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propôs um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a assistência ofertada às mulheres, nas suas necessidades e demandas específicas, não somente restritas a aspectos reprodutivos, como acontecia até então (BRASIL, 1984). Contudo, apesar da proposta de ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde com relação ao atendimento integral à saúde das mulheres, o PAISM seguiu focado em questões reprodutivas, ficando as necessidades de saúde expressas nos ciclos da vida das mulheres externos ao período reprodutivo, relegados a segundo plano.

No documento do PAISM, a atenção clínico-ginecológica é definida como um conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologias relacionadas ao aparelho reprodutor, bem como, a orientação sobre planejamento reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis, sendo o exame ginecológico um dos seus principais dispositivos tecnológicos (BRASIL, 1984). Considerando as ações previstas na definição acima, observa-se que, dentre os diversos elementos que compõem a saúde ginecológica, o Programa buscava priorizar aspectos sexuais e reprodutivos, relacionados às doenças. Assim, apesar de ter sido anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde das mulheres, propondo o atendimento à saúde reprodutiva na perspectiva de uma atenção integral, no campo da atenção ginecológica, o PAISM não avançou no modo proposto. O foco do PAISM nos aspectos patológicos, não atende às necessidades de saúde das mulheres. Reforçando esta ideia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou em 1994 o conceito de saúde reprodutiva, definida como "[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença" (CIPD, 1994, p. 62).

A definição de saúde ginecológica, implícita no sentido conferido à atenção ginecológica que é expresso no PAISM, está limitada a aspectos fisiopatológicos, reiterando-se uma simplificação da concepção de saúde na definição "ausência de doença", há muito tempo criticada (MATTOS, 2004; MERHY, 2002; ONOCKO- CAMPOS *et al.*, 2014; AYRES, 2009b). Além disto, enfocar a saúde ginecológica priorizando apenas aspectos reprodutivos acaba invisibilizando as necessidades de saúde ginecológica de mulheres que não estão na fase reprodutiva.

Estimulado pelas críticas que seguiram presentes no debate sobre a qualidade da atenção à saúde das mulheres após a divulgação e efetivação das propostas do PAISM, em especial com relação à manutenção do foco na reprodução, o MS ampliou sua agenda

programática, apresentando em 2004, uma nova política, denominada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Essa Política propõe a concretização de ações de saúde integral, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos variados grupos populacionais e étnico-raciais (mulheres negras, indígenas, residentes na área urbanas e rurais, de orientação homossexual, presidiárias e com deficiência), indicando-se investimento do Estado na formulação de um novo modelo de atenção, mais humanizado e com mais qualidade, capaz de responder às necessidades das mulheres atendidas nos serviços do SUS (BRASIL, 2004a).

A atual proposta de atenção integral à saúde das mulheres apresentada na PNAISM é informada pela noção ampliada de saúde, rejeitando-se a tradicional definição negativa de saúde como ausência de doenças. Assim, criaram-se expectativas que fossem incluídas, na agenda dos serviços, ações que considerem aspectos da vida implicados com a saúde – condições sociais, religião, raça, gênero, trabalho etc. Especificamente no campo da saúde ginecológica, tal perspectiva remete a ações de prevenção e promoção da saúde que deveriam ser propostas com base no reconhecimento das singularidades das mulheres, de modo a considerá-las nas ofertas assistenciais dos serviços de saúde (OLIVEIRA; FERLA, 2013).

Apesar dos avanços na retórica institucional, o foco na reprodução segue presente. No âmbito dos serviços de saúde, ainda não está suficientemente superada a abordagem da saúde das mulheres numa perspectiva reducionista, com ênfase em ações de caráter biológico, mantendo-se na obscuridade necessidades mais amplas de saúde. O reconhecimento da influência na saúde do ambiente em que vivem e trabalham e do contexto social no qual estão inseridas, além da valorização do diálogo e da escuta, no sentido de qualificar os objetivos da atenção proposta, são aspectos fundamentais para que se produza atenção integral à saúde das mulheres (COELHO *et al.*, 2009; MATTOS, 2009).

Esse viés reprodutivo vem marcando a história da atenção à saúde das mulheres, tanto em nível nacional, quanto internacional. A reiteração da representação da mulher como reprodutora, que aparece nas Políticas e Programas do MS dirigidos à saúde das mulheres, vem de encontro a todo um movimento social que tem buscado defender os direitos das mulheres, em especial, no que diz respeito às implicações desses direitos na saúde.

Estudos mostram que, nos serviços de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de inegável relevância social e epidemiológica (MEYER *et al.*, 2014; BERQUÓ; LAGO, 2016). No entanto, não pode se restringir a esse foco a preconizada atenção integral às mulheres, com sua ênfase no "acolhimento de suas

demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento" (BRASIL, 2015, p. 13).

A prevenção do câncer de colo do útero e de mamas, o diagnóstico e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e a orientação para o uso de métodos contraceptivos são os principais componentes da agenda dos serviços no campo da atenção ginecológica na atualidade. Ficam de fora desta agenda aspectos de grande relevância para a saúde das mulheres, implicados com a proteção dos seus direitos sexuais, reprodutivos, culturais, étnicos e religiosos.

A centralidade dos direitos sexuais e reprodutivos no que significa "saúde das mulheres" aparece com destaque na definição da missão da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia[1] (FIGO, 2015, p. 01), a qual é apontada como promover "[...] a participação ativa das mulheres para alcançar seus direitos reprodutivos e sexuais com um acesso eficiente à educação e serviços em todo o seu ciclo de vida". A ampliação do olhar sobre a saúde ginecológica para além da fase reprodutiva da vida das mulheres, indicada acima, sugere a necessidade de igual ampliação da agenda da atenção à saúde das mulheres prevista nas políticas e programas de saúde.

Com relação aos aspectos da saúde das mulheres ligados ao exercício da sexualidade, a Federação Internacional para o Planejamento Familiar[2] (IPPF) partilha da definição da Organização das Nações Unidas (ONU) ao reforçar que a saúde sexual pressupõe uma "abordagem positiva à sexualidade humana", não se restringindo apenas à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Nessa perspectiva, a sexualidade é reconhecida como uma expressão de intimidade e também um direito humano fundamental (IPPF, 2015).

Configurada a partir de linhas orientadoras que já deveriam ter sido superadas, como é o caso do biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na medicina curativa, a atenção à saúde das mulheres precisa ser redimensionada. Do modo como as ações em saúde dirigidas às mulheres vêm sendo desenvolvidas, segue existindo uma lacuna entre as propostas de redimensionamento da atenção preconizadas pelo SUS e a realidade dos serviços.

Nesta perspectiva, constituem-se em desafios a serem enfrentados no âmbito dos

---

1 A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) foi criada em Genebra em 1954, como uma organização que reúne profissionais da obstetrícia e ginecologia no mundo todo. A visão da FIGO é alcançar os mais elevados padrões de saúde física, mental, sexual e reprodutiva e o bem-estar ao longo da vida das mulheres. Atualmente, a FIGO possui em 125 países afiliados, incluindo o Brasil. Outras informações no site da organização: <http://www.figo.org/>.

2 A International Planned Parenthood Federation (IPPF) foi fundada em 1952, na Conferência Internacional sobre Planejamento Familiar em Dubai. Surgiu pela insatisfação de algumas mulheres em relação rigidez das políticas de controle de natalidade e questões sexuais atrelada às mulheres. A partir desta visão ousada das mulheres, hoje, a IPPF é uma das maiores organizações de saúde sexual e reprodutiva em todo o mundo, com uma rede composta de 39 países, incluindo o Brasil. Com sede em Londres, é reconhecida como uma pioneira na prestação de serviços e advocacia política internacional. Maiores informações no site da organização: <https://www.ippfwhr.org/en/our-history>.

serviços, a construção de redes que potencializem os necessários movimentos de mudança e contribuam para uma reorganização tecnológica que valorize as tecnologias leves[3] como estratégias para aproximar as ofertas de atenção às necessidades das mulheres.

A tese aqui apresentada integra uma trajetória de 17 anos de atuação profissional na Enfermagem, na maior parte do tempo no campo da saúde das mulheres. Minha motivação também tem a ver com experiências na docência, inicialmente, na formação técnica e, posteriormente, na docência em nível de graduação. Enquanto enfermeira e docente, tenho vivenciado a busca das usuárias por atendimentos que possam amenizar dores, desconfortos, dúvidas, angústias, nem sempre encontrando o que buscam. Neste contexto, as ofertas de atenção à saúde ginecológica, configuradas principalmente a partir do atendimento em consultas ginecológicas, parecem estar restritas a demandas genericamente estabelecidas como prioridades, como é o caso da orientação sobre o uso de contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e/ou a prevenção do câncer de colo uterino. Tem sido difícil identificar nestes espaços oportunidades de escuta e acolhimento das necessidades de saúde das mulheres que não se enquadram diretamente nestas demandas programáticas. Além disto, a percepção é de que, apesar da disponibilidade de recursos, a RAS do Oeste de Santa Catarina apresenta problemas organizacionais que dificultam a operacionalização da integralidade da atenção à saúde ginecológica, centralizada na consulta ginecológica.

Apesar das dificuldades destacadas nesta vivência pessoal, sempre reconheci nas ofertas assistenciais da atenção ginecológica potencial para facilitar a integralidade da atenção à saúde das mulheres, além de apostar que a concretização ou não deste potencial depende de como elas são conduzidas e das respostas da rede de atenção às necessidades de saúde nelas expressas.

A experiência como docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) tem me levado a refletir, também, sobre o modo como temos desenvolvido a formação de enfermeiros. No currículo do curso, os conteúdos da disciplina que trata da saúde das mulheres enfocam prioritariamente saberes do campo da obstetrícia (gravidez, parto e puerpério). Apesar de ser explicitada na ementa da disciplina a abordagem de conteúdos relacionados à saúde ginecológica, os espaços curriculares a eles destinados são reduzidos. Tal situação é indicativa da pouca valorização conferida à importância de preparar futuros enfermeiros para atuarem na promoção da saúde em contextos que extrapolem a atenção às mulheres em fase reprodutiva e/ou àquelas que, mesmo em fase reprodutiva, não sejam gestantes ou puérperas.

---

3 Nos estudos de Merhy (1999) e Merhy e Franco (2003), ao proporem as tecnologias envolvidas em saúde define três tipos de caixas de ferramentas: tecnologias leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão), as tecnologias leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde), e tecnologias duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais), cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

Considerando o cenário descrito e as reflexões apresentadas até aqui, desenvolvi uma pesquisa para conhecer como se efetiva a atenção à saúde ginecológica na rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina e seu potencial para produzir integralidade em saúde. Algumas questões específicas emergem deste cenário. O que motiva as mulheres a buscarem atendimento nos serviços na rede pública de atenção à saúde? Com relação especificamente ao atendimento em consultas ginecológicas, em que contexto esse atendimento acontece e que atores estão envolvidos? Quais ações e procedimentos compõem essas consultas ginecológicas? Quais os limites e as possibilidades da articulação entre os serviços da rede pública de atenção em saúde no atendimento às necessidades de saúde ginecológica das usuárias?

A tese aqui apresentada enfoca essas e outras questões relacionadas à atenção ginecológica na RAS estudada. A tese vai mostrar que, apesar da ênfase das políticas e programas governamentais na integralidade da atenção como uma diretriz a ser seguida pelos serviços, a atenção à saúde ginecológica ofertada pela RAS estudada apresenta fragilidades que dificultam a concretização dessa diretriz, priorizando-se problemas de cunho reprodutivo.

Dentre as fragilidades identificadas, destaco a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde ginecológica, o que resulta na fragmentação do atendimento e dificulta a efetivação de ações com potencial para a produção de integralidade em saúde. As observações nos cenários das consultas ginecológicas realizadas nos serviços de nível primário, secundário e terciário trouxeram evidencias dos problemas de articulação entre os serviços, com impacto direto na qualidade da atenção às usuárias. Em muitas situações, mulheres com queixas ginecológicas eram encaminhadas de serviços de atenção básica aos centros de especialidades médicas e/ou serviços hospitalares e, nestes serviços, suas histórias particulares não eram ouvidas, nem reconhecidas. Em geral, não se estabeleciam vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, podia ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Assim, as queixas eram retomadas a cada consulta e exames e encaminhamentos, muitas vezes repetidos sem necessidade ou retornos garantidos.

Nestes espaços de atenção à saúde, nem sempre os dispositivos de referência e de contrarreferência eram eficientes, ficando a atenção à saúde das mulheres, por vezes, focadas em ações descontínuas e fragmentadas. Nestas situações, reduzia-se o potencial de resolutividade da rede de atenção, desperdiçando-se oportunidades de intervir, solucionar ou minimizar problemas com repercussão na saúde das mulheres.

Nessa direção, propus um estudo que pudesse compreender o potencial da atenção à saúde ginecológica que é expresso nas consultas ginecológicas, acessadas por usuárias da RAS do Oeste Catarinense, na busca por atender suas necessidades de saúde. Além disso, intenta analisar o modo como se organiza a atenção à saúde das mulheres na rede

pública de atenção ginecológica do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde.

## 1 | OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.1 Objetivo geral

Analisar o modo como se organiza a atenção à saúde das mulheres na rede pública de atenção ginecológica do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde.

### 1.2 Objetivos específicos

1. Descrever o cenário da atenção à saúde das mulheres que é expresso nas consultas ginecológicas acessadas por usuárias da rede na busca por atender suas necessidades;
2. Conhecer as necessidades de saúde que motivam as usuárias a buscarem atendimento nessas consultas ginecológicas;
3. Compreender, a partir da percepção dos atores envolvidos na produção desse cenário, como a rede pública de atenção ginecológica se organiza para atender essas necessidades;
4. Analisar as possibilidades da rede para atendimento de necessidades de saúde ginecológica que extrapolam o enfoque reprodutivo.

# CAPÍTULO 2

## REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção busca contextualizar o problema de pesquisa e apresentar os principais conceitos do referencial teórico escolhido para embasar a pesquisa, além das questões que vêm embasando o debate atual sobre a atenção à saúde das mulheres. A seção é composta por três subtópicos: “Políticas de Atenção à Saúde para as Mulheres no Brasil”, “Integralidade da atenção: uma imagem-objetivo” e “A centralidade das consultas ginecológicas na atenção à saúde das mulheres”.

### 1 I POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA AS MULHERES NO BRASIL

Neste tópico, apresento as principais políticas e programas governamentais dirigidos às mulheres no Brasil, conforme estes se desenvolveram ao longo do tempo. Esta linha de tempo está representada na figura a seguir.

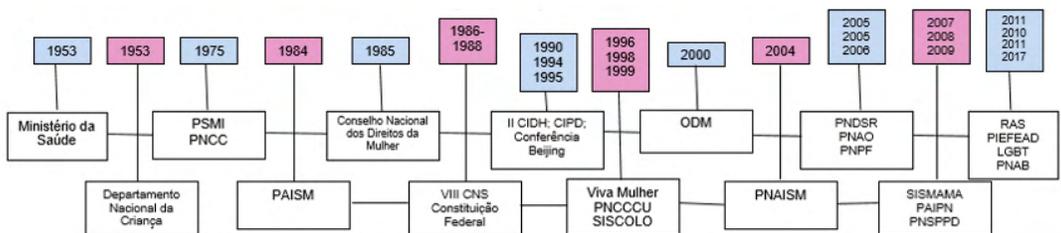



Figura 1. Linha do tempo da atenção à saúde das mulheres no Brasil.

Fonte: Produção da autora (2018).

**Legenda:**

**PSMI:** Programa de Saúde Materno-infantil

**PNCC:** Programa Nacional de Controle do câncer

**PAISM:** Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**CNS:** Conferência Nacional de Saúde

**CIDH:** Conferência Internacional de Direitos Humanos

**CIPD:** Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

**PNCCU:** Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama

**SISCOLO:** Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

**ODM:** Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

**PNAISM:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**PNDSR:** Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos

**PNPF:** Política Nacional de Planejamento Familiar

**PNAO:** Política Nacional de Atenção Oncológica

**SISMAMA:** Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama

**PNSIPN:** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

**PNSPD:** Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**PIEFEAD:** Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST

**LGBT:** Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica

A atenção à saúde das mulheres designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde, em resposta às necessidades e especificidades deste seguimento populacional. A mesma se expressa em políticas, programas e serviços de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS (MATTA; MOROSINI, 2008).

No Brasil, a atenção à saúde das mulheres passou a ser foco específico do Estado, em1953, ano em que o Ministério da Saúde e Educação foi desmembrado, constituindo-se no Ministério da Saúde. A partir daí o MS passou a atender as especificidades e os problemas de saúde pública, com maior ênfase à saúde materno-infantil (BRASIL, 1953).

Em todo o país, a preocupação com a saúde materno-infantil contribuiu com a criação do Departamento Nacional da Criança, em 1953, com destaque para as ações de promoção à saúde das crianças e das mulheres, de forma a garantir uma população mais saudável com proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1940).

A saúde das mulheres, nesta década de 1950, era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se referia aos cuidados voltados ao ciclo gravídico, enfatizando-se a visão da mulher reprodutora (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Essa preocupação estatal pela saúde do segmento materno-infantil contribuiu para a instituição, em 1975, do Programa de Saúde Materno-Infantil, com ações voltadas para

promoção de saúde na fase reprodutiva das mulheres, à gravidez, ao parto e ao puerpério. O programa objetivava contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança (MOCCELLIN; PASTOR; PRADA, 2015). Nesta perspectiva, as mulheres seguiam como meros sujeitos da reprodução e continuavam vinculadas à saúde infantil, além de não terem espaço em outros programas de saúde.

Entre 1972 e 1975, o MS, por meio da Divisão Nacional de Câncer, implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, com maior ênfase no rastreamento do câncer do colo do útero. O Programa, em vigor até os dias de hoje, é resultado da evolução de iniciativas que começaram a ser organizadas e consolidadas a partir do Programa de Saúde Materno-Infantil (INCA, 2011). Com relação, especificamente, ao Câncer do Colo Uterino, a principal estratégia recomendada pelo MS é o método de rastreamento de suas lesões precursoras, é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos. Anteriormente, o exame de prevenção, como é conhecido popularmente, devia ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos; atualmente, a faixa etária recomendada é a de 25 a 64 anos em mulheres que já tiveram atividade sexual. (INCA, 2016).

As políticas públicas relacionadas ao câncer de mama foram impulsionadas, particularmente, em 1998, pelo Programa Viva Mulher. O incentivo federal em prol das ações para o Controle do Câncer de Mama objetivou reduzir a exposição aos fatores de risco e a morbimortalidade da doença, mediante detecção precoce do câncer ou de lesões precursoras e o tratamento em tempo oportuno, estando esses em consonância com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (SILVA, 2015; BRASIL, 2013e).

Com o desenvolvimento econômico, o Brasil vivenciava, na época, o avanço do setor industrial, com igual aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que demandava a proposição de políticas e programas que contemplassem as novas necessidades de saúde das mulheres. Esse cenário repercutiu no aumento de pesquisas e debates sobre a saúde das mulheres. A questão principal era como o Estado agiria na efetivação de programas de saúde com base na realidade nacional emergente (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Os debates seguiram ao longo da década de 70 e, em 1984, o governo instituiu o PAISM. Participaram da elaboração do Programa, sanitaristas, psicólogas, sociólogas, pesquisadores de universidades e representantes de movimentos sociais feministas. A principal contribuição do PAISM foi constituir um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar toda a assistência ofertada às mulheres, nas suas necessidades e demandas específicas, não somente do processo reprodutivo, mas voltadas à promoção da saúde das mulheres. O novo Programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em *clínica ginecológica*,

entretanto, não o conceitua, apenas a relaciona a doenças e queixas ginecológicas, tais como, câncer de colo de útero e desconfortos sexuais (BRASIL, 1984).

É importante destacar que a experiência de institucionalização das demandas em relação às mulheres se deu, inicialmente, a partir da ação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, criado em 1985. A lógica que embasa a concepção de saúde integral das mulheres se apoia no pressuposto de que as mulheres não são apenas sujeitos reprodutivos, mas, sim, pessoas que ocupam posições em todas as dimensões da vida, e nas quais se produzem condições e possibilidades de saúde (BRASIL, 1985).

A proposta de expansão do escopo da atenção pública à saúde das mulheres se consolidou na esteira de um processo mais amplo de formulação de um novo modelo de saúde pública, de caráter universal. Esse processo teve como principal marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. A Conferência pautou, com destaque, a necessidade de rompimento com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa. A partir daí se aceleraram os debates e, em 1988, a Constituição Federal germinou o SUS, o qual declara, em seu artigo 196, que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A discussão sobre a saúde das mulheres em uma sociedade marcada pela desigualdade avança com o desenvolvimento do conceito de saúde reprodutiva, estabelecido pela OMS e reafirmado em conferências internacionais. As conferências contribuíram para inferir que a humanização e a qualidade da atenção têm a ver com a promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a atenção integral à saúde, estabelecendo os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres como inalienáveis.

Na década de 1990, a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, que aconteceu em Viena, no ano 1993, enfatizou que os direitos das mulheres são direitos humanos e que, portanto, devem estar incluídos na agenda das políticas de direitos humanos das nações (UNHR, 1993).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, realizada em setembro de 1994, ficou definido que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero, e não mera ausência de doenças (CIPD, 1994).

No ano seguinte, em Beijing, a Conferência Mundial sobre Mulheres estabeleceu um conjunto de medidas a serem tomadas pela comunidade internacional com vistas a promover a capacitação das mulheres e a superação das discriminações de gênero, e

apontou para a eliminação de leis e medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para tratar das complicações derivadas destas situações (UNFPA, 1995).

Apesar dos avanços consideráveis, a busca pela garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nas últimas décadas, no Brasil, têm se configurado como um trabalho árduo e persistente (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Apesar dos reconhecidos avanços alcançados a partir do PAISM, hoje PNAISM, a atenção à saúde das mulheres segue sendo insuficiente e qualitativamente deficitária, além de prevalecerem desigualdades consideráveis entre as regiões do país e entre grupos específicos de mulheres, tais como mulheres negras e indígenas, por exemplo, acessam menos e com mais dificuldade os serviços de um modo geral e particularmente os serviços de saúde (VOLOCHKO; VIDAL, 2010).

Além do enfoque apresentado, outra temática que tem ganhado destaque nas propostas do MS é a questão da violência contra as mulheres. Em 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, as políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres começam a ser dimensionadas. Essa secretaria passa a liderar ações integradas propostas em diferentes documentos publicados neste período. Dentre outros, destacam-se: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em Situação de Violência. Estão contempladas nessas ações, as dimensões da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos às mulheres (BRASIL, 2011a).

O processo de desenvolvimento das ações programáticas governamentais no campo da saúde das mulheres resultou na criação, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM). A Política propõe uma atenção integral à saúde das mulheres, com uma evolução marcante da saúde reprodutiva, e, num plano mais restrito, à saúde ginecológica, definida em uma continuidade da saúde reprodutiva (BRASIL, 2004a). À medida que essas definições, foram sendo discutidas nas políticas e programas, seus desdobramentos têm sido traduzidos em conceitos operacionais, como é o caso do câncer de colo de útero e de mama.

Esta pesquisa é importante para medir certas compreensões da saúde ginecológica, numa tentativa de desagregar o conceito de saúde reprodutiva e saúde ginecológica, não explicito na PNAISM. Na Política, a saúde das mulheres segue sendo entendida em contextos biopatológicos, não contemplando a integralidade da atenção, inicialmente proposta (COELHO *et al.*, 2009).

A proposta ainda articula os diferentes níveis de complexidade da assistência e entre os vários setores implicados na saúde, conhecido desafio para a concretização da proposta de integralidade no SUS (BRASIL, 2004a). Ainda, conforme o MS, para a

concretização da integralidade da atenção, é imprescindível utilizar a humanização como norteadora das políticas e ações de atenção à saúde das mulheres. Nesse sentido, pensar a humanização como uma política transversal, supõe ultrapassar as fronteiras da queixa-conduta, ofertando atendimento de qualidade e articulando os avanços tecnológicos com acolhimento (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, poderíamos dizer que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre profissionais de saúde e usuárias, nos atos de receber e escutar as pessoas. Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, nos modos de escutas e de construção de vínculos e nas formas de sensibilidade do profissional de saúde (BRASIL, 2013f). Faz muito sentido, dessa forma, que a demanda apresentada pela usuária seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixa-conduta. Nessa relação, centrado no procedimento, automatiza-se o contato entre profissional e usuária, fortalece um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelece o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a corresponsabilidade do cuidado (BRASIL, 2012d).

Esses processos Políticos de atenção à saúde para as mulheres culminaram na 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004, a partir da discussão do documento “Propostas de Diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres”, reafirmou o compromisso do governo com a construção da igualdade entre homens e mulheres em nosso país. Entre os cinco eixos temáticos discutidos, destacou-se a efetivação dos direitos humanos das mulheres, especialmente, os sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004c).

Na sequência destes movimentos políticos e sociais de ampliação da garantia dos direitos humanos, sociais, sexuais e reprodutivos das mulheres, acabaram sendo criadas outras políticas: em 2005, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, reiterada por meio da Política Nacional de Planejamento Familiar (2006 e 2007). Reconhecemos a importância da qualidade desse serviço para as mulheres e casais, a fim de que possam ter uma prática saudável e efetiva como medida de promoção da saúde. Dessa forma, a informação adequada em planejamento familiar é imprescindível, uma vez que possibilita à usuária autonomia para escolher o melhor método contraceptivo de acordo com a necessidade e o bem-estar do casal (SILVA *et al.*, 2011).

Em 2006, o governo federal institui o Pacto pela Saúde, visando a reforçar a articulação entre os compromissos e prioridades definidos em nível federal, estadual e municipal, traduzindo-a em ações. O Pacto pela Vida, uma das dimensões do Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do SUS, no que diz respeito à saúde das mulheres, segue investindo na redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama e

mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006). Neste contexto, o foco nas doenças do sistema reprodutivo se sustenta a partir da necessidade de controle de agravos de grande repercussão epidemiológica, como é o caso do câncer de colo do útero e de mama.

Ainda em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditada em 2011 e 2017, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social em todo o território brasileiro. A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família (eSF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (eSF) favorece a construção de redes de atenção, ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. A ESF permite a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado (BRASIL, 2011c).

No âmbito das políticas públicas, outro avanço significativo para as mulheres foi à criação, em 2007, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a qual define objetivos para combater a discriminação étnico-racial nos serviços oferecidos no SUS, conferindo maior visibilidade às questões específicas de saúde das mulheres negras, sobretudo aquelas relacionadas à saúde ginecológica (BRASIL, 2007). Entretanto, os dados revelam que as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e à assistência obstétrica. Essas mulheres são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões (BRASIL, 2008a). Também é menor a porcentagem de escolaridade entre mulheres pardas, negras e indígenas em relação às brancas. Nesse contexto, as desigualdades sociais determinam grandes desigualdades no acesso à consulta ginecológica de rotina. A chance de obtê-la é 34% maior para as brancas do que para as negras (BERQUÓ; LAGO, 2016).

Em se tratando de mulheres portadoras de deficiência, estas estão amparadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD). Essa Política orienta as ações nos serviços de saúde voltadas à pessoa portadora de deficiência, preconizando o respeito às necessidades próprias da sua condição e o acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2008b). Entretanto, a prática destas determinações ainda é incipiente, consequentemente, a mulher com deficiência não recebe assistência sexual e reprodutiva adequada às suas necessidades (WHO, 2009). Desse modo, entende-se ser necessário promover uma educação continuada quanto às necessidades da mulher com deficiência física, sobretudo em relação à consulta ginecológica. Esta educação deve contemplar o

atendimento holístico no qual a realização de exames e técnicas respeitem as limitações dessas usuárias. Além disso, faz-se importante a orientação dos profissionais de saúde quanto a eventuais problemas que possam acometê-las, de acordo com a característica de sua deficiência física (CARVALHO; BRITO; MEDEIROS, 2014).

Outra estratégia de fortalecimento dos indicadores de saúde das mulheres foi à criação, em 2009, de um Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Essa ferramenta gerencia ações de detecção precoce do câncer de mama, coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As informações geradas por esse sistema permitem estimar a cobertura da população, a qualidade dos exames, o intervalo de tempo e a situação do seguimento das mulheres com exames alterados (INCA, 2009).

Neste movimento de ampliação das ações e programas dirigidos às mulheres, o fortalecimento das abordagens de controle e prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama ganha destaque na agenda governamental com a união dos sistemas, em 2012, do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do SISMAMA, em um único Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) (SILVA, 2013). Com a implantação do SISCAN, algumas limitações dos sistemas anteriores foram superadas e permitiram o acompanhamento longitudinal das usuárias, pois o registro tem como unidade de observação a mulher e não o exame (CORREA *et al.*, 2017).

A expansão da atenção à saúde das mulheres, no campo da Aids e das doenças sexualmente transmissíveis, mostra um avanço nas políticas e programas governamentais, como é o caso do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (PIEFEAD), aprovado em 2007, e referendado em 2010 (BRASIL, 2010e). O Plano é uma construção do MS articulado com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visa a reduzir o impacto da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids e da morbidade por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) entre as mulheres no Brasil. A proposta tem como principal foco a transversalidade das ações direcionadas às mulheres, de uma forma geral, às mulheres vivendo com HIV/Aids, às mulheres em situação de violência, às mulheres profissionais do sexo e às mulheres homossexuais e transexuais.

Ademais a incorporação das singularidades das mulheres, tem se ampliado no sentido de destacar a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que constituem a diversidade humana, para além da classificação dos sujeitos, unicamente, a partir de seu sexo biológico. Assim, em grande medida, os agravos à saúde dos segmentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) são determinados, socialmente, em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos (COSTA; NARDI, 2015).

Uma alternativa valiosa para estabelecer o acompanhamento longitudinal às mulheres no sistema de atenção à saúde foi implantada, em 2010, a RAS. Essa Rede define arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Assim, a população de uma RAS é definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI), e ocupa uma Região de Saúde baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento. A RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2010a).

O modo de organizar a RAS define a singularidade de seus processos. Os serviços de saúde estruturam-se por arranjos segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde (ASS), até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (ATS) (BRASIL, 2011b). É na articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção que a atenção específica à saúde ginecológica vem se constituindo.

Todos esses níveis de atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) compõem o que estou chamando, neste projeto, de rede pública de atenção à saúde, contexto no qual desenvolvo esta pesquisa, analisando o modo como se organiza a atenção à saúde ginecológica na rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde.

Para Mendes (2011), as RAS são sistemas integrados, que se propõem a prestar atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita.

A organização da RAS, que ocorre em consonância com o Decreto n. 7.508/2011, prevê o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa no SUS. Dentre as esferas organizativas estão as Regiões de Saúde instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores (BRASIL, 2011b).

> Região de Saúde como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o

planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p. 1).

O processo de regionalização assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais. A Região de Saúde do Oeste Catarinense é composta por vinte e sete municípios, dentre os quais, a cidade de Chapecó, que é referência no atendimento ginecológico às mulheres na RAS. Essas regiões de saúde devem organizar a RAS a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2010a).

Para garantir longitudinalidade da atenção à população LGBT, em 2011, o governo institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais. A Política parte do reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde desse grupo e, orienta-se para a promoção da equidade em saúde, respeitando as especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas sexuais (BRASIL, 2013c).

Entre os dispositivos de fortalecimento dessas redes de atenção está o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) para o período 2013-2015, que veio contribuir para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres aprovada a partir de 2004, e referendada em 2007 e em 2011. O PNPM constituiu-se, assim, como um instrumento orientador das políticas públicas, enfocando, dentre outros objetivos, o combate às desigualdades de gênero presentes no País. O Plano foi construído com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação, dentre as quais, os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres. Este Plano passou a compreender um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais objetos reprodutivos das ações, e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, corroborando e fortalecendo as propostas da PNAISM (BRASIL, 2013b).

Ainda com relação aos avanços na atenção à saúde das mulheres, em maio de 2013, o MS define 16 objetivos estratégicos para o período de 2011/2015, com o intuito de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer. Tal agenda enfoca ações de promoção, prevenção e detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2013e). A Política surge na esteira de outras iniciativas que levam em conta o câncer pelo viés da saúde pública, com destaque para a ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.

Considerando os problemas que envolvem o encarceramento feminino brasileiro e

as diversas formas de discriminação que acometem as mulheres no âmbito penitenciário, o MS em 2014, instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Esta Política incorpora o desafio da integralidade da atenção, ofertando ações de saúde ginecológica voltadas para promoção, prevenção e tratamento de patologias relacionadas ao sistema reprodutor, os direitos sexuais e o planejamento familiar, a atenção à saúde das mulheres no climatério e menopausa, tendo em vista que do total de 548.0031 da população carcerária, 35.039 são mulheres, o que equivale a um percentual de cerca de 7% (BRASIL, 2014b).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher (CNSMu) realizada no período de 8 a 10 de março de 2017, em Brasília, com o tema: "Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade", destaca o papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres, e dos movimentos sociais como um elemento propulsor do reconhecimento dos direitos da mulher (BRASIL,2017b). A 2ª CNSMu considera a diversidade das mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, reconhecendo as segmentações étnicas e raciais, geracionais, mulheres em situação de rua, orientação sexual e identidade de gênero, moradoras das periferias e meio rural, assim como os povos e comunidades tradicionais, reafirmando o SUS como impulsionador de "[...] direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, educação, seguridade social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais vínculo e afeto" (2ª CONFERÊNCIA..., p. 25, 2017).

Do ponto de vista das políticas nacionais, desde 1953, várias declarações, programas e ações, têm almejado contribuir para a melhoria da saúde reprodutiva das mulheres, e segundamente, num plano mais restrito à saúde ginecológica, como uma extensão da saúde reprodutiva. Isso permite destacar que houve mudanças na compreensão dos elementos que constituem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ofertados pelas políticas e programas do MS. Contudo, apesar da ampliação do escopo das ações programáticas, ainda existem especificidades sem a devida atenção, como é o caso da atenção à saúde ginecológica. Essa especificidade ainda contemplada na perspectiva da capacidade reprodutiva e no controle de doenças de relevância epidemiológica, como constituição da ginecologia.

O próximo tópico da revisão de literatura vai apresentar as dimensões da integralidade da atenção e sua associação aos aspectos das políticas públicas de saúde das mulheres, definidas pelo MS.

## 2 | INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: UMA IMAGEM-OBJETIVO

A integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica, a partir, da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, determinadas desde a origem da formalização

das políticas de saúde no Brasil. A integralidade, em uma primeira aproximação, é definida como uma das diretrizes do SUS, instituído pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1990a).

O termo *integralidade da atenção* tem sido usado para designar um dos princípios do SUS. A integralidade constitui-se como um ponto basilar desta pesquisa, como princípio das políticas públicas e práticas de saúde, entretanto, é um termo polissêmico, uma noção amálgama, que dispõe na sua tradução vários sentidos (MATTOS, 2004).

O MS (BRASIL, 1990b, p. 5) define integralidade como o reconhecimento na prática dos serviços, de que:

> [...] cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Com isso, e com base no pressuposto da integralidade, emergem alguns desafios de articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica e de assistência dos serviços de saúde. Nesse aspecto, a integralidade passa a ser sustentada e defendida como valor nas práticas dos profissionais de saúde que se propaga na forma como esses profissionais respondem às necessidades das pessoas atendidas (MATTOS, 2006).

Ayres (2009a) debate a valorização da integralidade como eixo da atenção podendo resultar em significativas mudanças nas práticas profissionais e organização dos serviços. Os profissionais precisam contemplar uma prática reflexiva, intrinsecamente articulada com ampliação e flexibilização normativa na aplicação das tecnociências, valorizando suas necessidades singulares de saúde para além dos sinais e sintomas relacionados à dimensão biofisiológica.

O autor ainda contribui explicitando que a integralidade permeia uma reflexão crítica da prática, corrobora o resignificar do cuidado, apoia-se nas necessidades de saúde como eixo do projeto de felicidade e preocupa-se com o que, de fato, move as pessoas. O cuidado como encontros de intersubjetividades, precisa dar, minimamente, respostas às necessidades de saúde, que são obstáculos aos projetos de felicidades das usuárias.

Por conseguinte, Pinheiro e Mattos (2009), expõem a integralidade, como modo de organizar as práticas, que exige um olhar horizontal dos programas do MS, anteriormente verticais, superando a fragmentação da atenção à saúde. Assim, a integração horizontal reclama de aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde feitas de maneira a otimizar, unicamente, seu impacto epidemiológico. A perspectiva das ações programáticas

horizontalizadas legitima todas as necessidades apreendidas, por exemplo, aquelas outras manifestas através da demanda espontânea. Além disso, nos serviços de saúde, ainda é significativo o predomínio da atenção biomédica, bem como da "verticalização da assistência" e do privilégio da técnica, em detrimento das relações.

O debate realizado por Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004), aponta que a ênfase da assistência na tecnologia reduz a possibilidade do encontro afetivo, entre usuária-profissional, tal atitude, centraliza a assistência no órgão doente. A integralidade, como eixo prioritário, significa respeitar as especificidades de saúde e extrapolar práticas assistenciais rotineiras norteadas apenas em definições políticas ou em informações epidemiológicas.

Para Mattos (2006), a integralidade é uma expressão polissêmica com muitos sentidos que se contrapõem ao reducionismo, à verticalização, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos. Então, a integralidade pode ser pensada, também, como uma dimensão de horizontalidade de práticas, opõe-se à prática reducionista, em contraponto à noção de verticalidade dos programas centralmente propostos.

Um dos pontos fundamentais da análise empreendida por Mattos (2001, p. 48), inscreve-se na identificação da integralidade relacionada a uma atitude desejável (dos profissionais), dada pela recusa à redução da experiência do adoecimento (do usuário) e pela defesa "[...] à integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde".

Nesse sentido, para Mattos (2009), o grande desafio está em assumir a integralidade em saúde como imagem-objetivo, que tenta indicar a direção que queremos produzir à transformação da realidade, rompendo com a lógica dos serviços de saúde como espaços dicotômicos de queixa-conduta.

Heckert e Neves (2007) trazem sua contribuição ao afirmar que um processo de produção de saúde reduzido ao binômio queixa-conduta nos lança irremediavelmente no campo da fragmentação da assistência e das relações entre os diferentes profissionais, a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. O atendimento às usuárias, baseado no modelo queixa-conduta, opõe-se ao modelo de atenção integral preconizado pela Política Nacional de Humanização do SUS.

Não obstante, Ayres (2007), enfatiza que para superar essa dicotomia e mesclar, a técnica e a dimensão relacional, é necessário ressignificar as práticas em saúde, para além de um cuidado que se ocupe unicamente da queixa ou debilidade biológica, busca-se contemplar a integralidade da atenção, orientada a considerar as peculiaridades, ofertando suporte eficiente às múltiplas demandas de cada uma das mulheres.

Mattos (2004) enriquece tal debate acrescentando que a atenção integral é defender, antes de tudo, que as práticas em saúde sejam sempre intersubjetivas, nas quais

os profissionais se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem, necessariamente, uma dimensão dialógica.

Em complementação a esse debate, Ayres (2007) aponta que quanto mais o cuidado se configurar como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas, de interações, mais se afasta de uma aplicação mecânica e vertical de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade é experimentada entre os sujeitos.

Merhy (1999) apresenta a ideia de interação contínua entre usuárias e profissionais, pela possibilidade de escuta do outro, quando se dá o acolhimento. Isto é, a escuta para além da lógica tecnocientífica, com reconhecimento da subjetividade das usuárias, possuidoras de histórias e vivências singulares.

Nesta linha de pensamento, Canguilhem (1978) acredita que defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações deve estar sintonizada, implica em responder às necessidades dos sujeitos, e que estes têm modos de andar a vida, que se modificam pela ocorrência de uma doença. Os modos de andar a vida não são escolhas dos sujeitos, mas emergem do próprio modo como a vida se produz no coletivo.

Mattos (2004, p. 1.414) ilumina a discussão ao apontar que o "modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive", isto é, implica na capacidade de compreender o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida desse sujeito.

Mediante essa perspectiva, Moraes (2006) e Ayres (2009a), compreendem que a integralidade remete, ao contexto da intersubjetividade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, portanto, um encontro que se configura como um conjunto de tecnologias voltadas ao cuidado da saúde das usuárias, tecnologias cujas competências vão além de técnicas em saúde, abarca um refletir sobre os projetos de felicidade que movem as mulheres.

Ayres (2009b) sustenta a ideia de projeto de felicidade como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado. Tal entendimento compreende que o projeto de felicidade é a referência que as usuárias estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreender o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias. Assim, profissionais e usuárias, podem fazer as melhores escolhas para alcançar os maiores benefícios no cuidado de sua saúde.

Para o mesmo autor, defender a integralidade não implica em deixar de lado todos os saberes tecnocientíficos, busca-se um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, almeja-se que as necessidades das usuárias sejam atendidas de uma maneira ampliada, conduzidas por saberes práticos de afetos (*cuidar mais*), narrativas como expressão é

preciso contar histórias (*ouvir mais*), a importância do indizível (*ver mais*) e a centralidade do corpo na experiência do adoecer (*tocar mais*). As necessidades como eixos nos quais a integralidade se coloca são obstáculos aos projetos de felicidade (AYRES, 2009b).

Partindo da ideia defendida por Stotz (1991), Cecílio e Matsumoto (2006), propõem uma taxonomia das necessidades de saúde organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde – sujeitos em relação; o último conjunto refere-se à necessidade de autonomia na construção do seu modo de andar a vida – a construção do sujeito. A taxonomia proposta pelos autores foi utilizada para analisar as possibilidades da rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina para atendimento de necessidades de saúde ginecológica, e o seu potencial para produzir integralidade em saúde.

O próximo tópico da revisão de literatura vai apresentar o contexto histórico da atenção à saúde ginecológica e à singularidade dessa especialidade, que se perpetua atrelada ao ramo da saúde reprodutiva.

## 3 I A CENTRALIDADE DAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

Na primeira metade do século XIX, mais precisamente em 1810, nos Estados Unidos, desenvolveu-se o cuidado com as doenças femininas, ainda atreladas à especialidade da obstetrícia, pouco a pouco, a ginecologia se desenvolve próximo à cirurgia e fisiologia da pelve feminina (CIANFRANI, 1960 apud ROHDEN, 2001). O surgimento da ginecologia que trata de problemas relativos às mulheres e à reprodução comportaria o estudo das peculiaridades do feminino, numa tentativa de dar conta das diferenças entre os sexos e, principalmente, do problema de se saber qual dos dois sexos seria mais representativo na humanidade. Assim, a consulta ginecológica passou a ter um espaço no campo da saúde sob o argumento de especificidade feminina (MOSCUCCI, 1996).

No Brasil, a ginecologia ganha espaço em meados do século XIX, com a vinda da família real portuguesa, que, entre outras transformações, inaugura um cuidado do Estado relacionado com a população, promovendo uma polícia sanitária da cidade, da necessidade da urbanização, controle de roedores, da água, cemitérios, do porto e da alimentação. Nessa época, o príncipe regente D. João VI institui as Escolas de Anatomia, Cirurgia e Medicina, bem como, o Hospital Real Militar, no Rio de Janeiro e Bahia (ROHDEN, 2001). Em 1832, essas escolas foram transformadas em Faculdades de Medicina, mas somente em 1879, após mudanças nas cadeiras curriculares, cria-se a primeira cadeira com especialidade médica voltada às mulheres, intitulada *obstetrícia e ginecologia*, a partir desse momento, surge à preocupação em torno da saúde ginecológica (PEREIRA; VIEIRA;

AMANCIO FILHO, 2011).

Nessa época, a ginecologia tratava de questões relacionadas à reprodução, doenças venéreas e à prostituição, alicerçada nos costumes morais e estigmas existentes naquele século. O instrumento para o exame ginecológico era denominado espéculo, que se utiliza até os dias atuais, considerado pelas mulheres como uma forma de agressão ao corpo e uma invasão à intimidade (MOSCUCCI, 1996).

No século XVIII, com o avanço das Faculdades de Medicina, o corpo feminino passou a ser caracterizado não pela sua semelhança, mas diferença. Isto é, a mulher era vista como um homem incompleto, pela ausência do pênis, essa diferença era ratificada no estudo em esqueletos, dentre as diferenças, a mais marcante era a forma larga da bacia feminina, reiterando na mulher a importância da reprodução. A vida da mulher convergia para um único fim, o exercício da maternidade, e, em função dessa tarefa essencial, torna-se impossível a dedicação para outras atividades, especialmente as que exigem esforço intelectual (FIRMINO JUNIOR, 1840 apud ROHDEN, 2001).

Partindo dessa concepção percebe-se como as especificidades do corpo feminino serviram para legitimar a mulher como diferente e até mesmo inferior, tudo, por conta da sua constituição física. Esse fundamento biologizante, serviu para definir a diferença dos sexos, em especial os papéis sexuais da mulher, muito distintos daqueles atribuídos aos homens. Nessa perspectiva, a medicina segue investindo em novas descobertas para o controle do corpo feminino, a exemplo da íntima relação entre órgãos genitais femininos e suas funções e perturbações mentais (MOSCUCCI, 1996).

Dentre as inúmeras formas de controle do corpo feminino, destaca-se o procedimento de ovariotomia. Parcimoniosamente realizado a pedido do pai como forma de inibir desejos sexuais abusivos da filha ou coibir a sexualidade de mulheres debochadas da época (ROHDEN, 2008). Alguns médicos eram contra esse procedimento de ovariotomia, pois temiam que a esterilização das mulheres diminuísse o desejo sexual e o corpo feminino poderia adquirir características masculinas, o que se tornaria uma ameaça ao sexo oposto (MOSCUCCI, 1996).

A partir da metade do século XIX, o estudo da ginecologia surge como prioridade nas escolas de Medicina, especialmente, com a descoberta dos hormônios, pelo francês Victor Medvei. A partir dessa descoberta, os corpos femininos se constituíram no principal foco da atenção dos médicos, numa tentativa de controle das secreções ovarianas, reprodução e sexualidade, mediante a medicalização das mulheres. Esses hormônios passam, então, a ser vistos como fundamentais para o bom funcionamento do organismo feminino e para o equilíbrio mental das mulheres. Os tratamentos ofertados às mulheres eram um serviço social posto para a população em caso de desordens mentais das mulheres (ROHDEN, 2001).

Em 1930, os hormônios eram vistos como mensageiros químicos de masculinidade e feminilidade, dessa forma, na presença de hormônios em comum de acordo com a biologia, definiam-se corpos heterossexuais, nas situações em que não havia uma definição clara de hormônios, os corpos eram identificados como homossexuais (BEAUVOIR, 1960).

Em 1949, Simone de Beauvoir descreve a escravidão das mulheres ao que chamou de forças externas de sua biologia reprodutiva. Esta escravidão estaria ligada ao sistema endócrino, nos diferentes ciclos da vida das mulheres, como puberdade, ovulação, menstruação, gravidez, parto e menopausa, que dominava os corpos por meio dos hormônios sexuais "[...] a vida da mulher é uma luta constante contra esses processos biológicos" (BEAUVOIR, 1960, p. 59). Contudo, é preciso perceber que o surgimento das especialidades médicas dedicadas às mulheres, iniciado no século XIX, utilizou da função reprodutora e ginecológica para legitimar as diferenças entre homens e mulheres, e assim, justificar estereótipos que persistem até nossos dias (FREITAS, 2008).

Embora a ginecológica seja produto de construção em partes da exploração dos conteúdos da ciência, ao longo do tempo e da história, o modo como vem sendo tratada, raramente, distingue a história da ginecologia e da obstetrícia, como se a primeira fosse apenas a extensão da segunda. Dessa forma, é necessário desmistificar, ampliar e clarear o conceito de atenção à saúde ginecológica, para além das questões biologizantes e reprodutivas, sobretudo, ao considerarmos a proximidade consensual aparente, sugerida nas produções científicas, entre saúde ginecológica, saúde reprodutiva e consulta ginecológica.

Para a seleção dos artigos científicos realizaram-se buscas nas bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, Scopus e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos meses de janeiro a março de 2017. Utilizou-se, no estudo, a terminologia em saúde encontrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), ambos com vocabulário que permite linguagem padrão e unificada para a indexação de estudos e periódicos científicos. Os termos "*Gynecology*", "*Women's Health Services*", "Ginecologia", "Serviços de Saúde da Mulher" foram utilizados na busca dos artigos, combinados com o operador booleano "*and*" e "*or*", condicionando sua apresentação no título dos trabalhos, a fim de refinar os estudos que abordassem somente a temática selecionada.

A consulta ginecológica destaca-se nos serviços de saúde como um espaço específico para atendimento as necessidades ginecológicas das usuárias. Entretanto, não foi possível utilizar o termo, "consulta ginecológica", como descritor, por não ser considerando um vocabulário estruturado e trilíngue DeCS. Assim, optamos pelos descritores citados anteriormente, para a busca da temática nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Vale lembrar, que a leitura primária das produções científicas com os

descritores propostos no estudo, foi possível, vislumbrar algumas respostas aos objetivos da pesquisa que enfoca a consulta ginecológica. Dessa forma, partindo dos descritores selecionados, “Ginecologia” e “Serviços de Saúde da Mulher”, foi possível analisar e discutir o desenvolvimento científico da atenção à saúde ginecológica a partir dos atendimentos em consultas ginecológicas, no Brasil e no mundo.

Para o refinamento adequado das publicações definiu-se uma amostra obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis, gratuitamente, em texto completo nas bases de dados supracitadas; nos idiomas português, inglês e espanhol, até março de 2017. Excluíram-se as publicações em formato de editorial, carta ao editor, artigos relacionados com patologias ginecológicas, procedimentos cirúrgicos em ginecologia, alterações anatômicas no sistema reprodutivo, ensaios clínicos com uso de medicações e que não estavam relacionados com a temática da saúde das mulheres.

Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados mencionadas, as publicações foram pré-selecionadas com base na leitura do título e resumo. Após a leitura na íntegra das publicações, previamente selecionadas, foram identificadas 23 publicações que compuseram a amostra final desta revisão de literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Como forma de conduzir esta revisão, formularam-se as seguintes questões de pesquisa: como a literatura nacional e internacional enfoca o tema consulta ginecológica e quais possibilidades de produção de integralidade são desveladas e ou destacadas?

A Associação Americana de Ginecologia e Obstétrica (ACOG, 2012) tem enfocado que a consulta ginecológica possui uma tradição de prestação de cuidados preventivos às mulheres. Uma visita anual proporciona uma excelente oportunidade para aconselhar as mulheres sobre a manutenção de um estilo de vida saudável e corrobora para minimizar os riscos à saúde. Atualmente, a ACOG recomenda que a primeira consulta ginecológica ocorra entre as idades de 13 a 15 anos. Tal visita, não inclui o exame pélvico, mas sim, a educação e promoção em saúde, o fortalecimento do vínculo entre profissional-paciente, o diálogo oportuno sobre imagem e desenvolvimento corporal, autoestima e autoconfiança, imunizações (incluindo a vacina contra o HVP), anticoncepção e prevenção de ISTs.

Pactuando a esse debate, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2017) reforça a importância da primeira consulta, está recomendada já no início da adolescência, para que a menina entenda o próprio corpo e aprenda cuidados desde cedo. A consulta ginecológica tem como objetivo sanar dúvidas e checar o bom funcionamento do aparelho reprodutor, possíveis alterações hormonais, métodos contraceptivos e esclarecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis (FEBRASGO, 2017).

Um dos pontos fundamentais da análise empreendida por Dall *et al.* (2013),

inscreve-se nas demandas estimadas de serviços ginecológicos nos Estado Unidos da América (EUA) até 2020. Assim, prevê-se que a procura por esses cuidados aumentará em 6%, sendo que, 81% das mulheres que buscam pelos serviços ginecológicos, estarão em período reprodutivo, com idade entre 18 a 44 anos. Esse aumento de demandas, também notado pelos autores Chang *et al.* (2014), quase um terço das mulheres de Taiwan (China) apresentaram situações ginecológicas que levaram a, pelo menos, uma visita anual. Conhecer essas demandas ajudará na formulação de estratégias para garantir os melhores cuidados neste momento do ciclo de vida das mulheres.

Diante da relevância da consulta, Araújo *et al.* (2006) trazem sua contribuição ao afirmar a consulta como uma ferramenta de cuidado, não significa, necessariamente, apenas, um espaço físico apropriado, mas sim, um momento de integração e de interrelação passível de contribuir para o desvelamento de problemas não explícitos e difíceis de serem relatados pelas mulheres, a exemplo da sexualidade.

Carvalho, Brito e Medeiros (2014) apresentam a ideia de consulta ginecológica como um encontro entre usuária-profissional, que deverá estar permeado por elementos que corroboram para o uso das tecnologias leves, de modo a se estabelecer relações de escuta, de vínculo, de diálogo, de confiança, de respeito, de empoderamento e de autonomia, que permitem uma aproximação efetiva e afetiva, fundamentais para o sucesso do encontro.

Silva e Vargens (2013) contribuem com tal discussão mostrando que a consulta ginecológica pode ser diferente até mesmo prazerosa. Para que isso seja possível, o profissional deve colocar as mulheres na posição de agente ativo, considerando todos os aspectos de sua vida, influências biopsicossocioculturais, estas visam o empoderamento da mulher, o respeito à autonomia e à independência, o direito de escolha e o reestabelecimento do mundo do indivíduo.

Frigo *et al.* (2016) também enfatizam a importância da consulta ginecológica, como um espaço amplo de produção de cuidado integral à saúde das mulheres. Isto implica em assumir a noção de integralidade em saúde como uma aposta na reorganização das práticas, valorizadas pelos constructos da clínica ampliada, do vínculo, da escuta sensível, do acolhimento, da autonomia e da interação entre os diferentes níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Ostermann e Souza (2009) percebem que muitos profissionais estão interessados em disponibilizar um tratamento integral às mulheres, ou seja, parece haver uma preocupação em dar a voz às mulheres, estabelecer uma relação de vínculo e confiança, validar o conhecimento trazido pelas mulheres para os encontros ginecológicos.

Mediante essa perspectiva, Carvalho, Brito e Medeiros (2014) compreendem a consulta como um espaço amplo de produção do cuidado, ofertada por uma equipe

transdisciplinar, com base no paradigma holístico, na perspectiva de uma assistência de qualidade às mulheres. Somente dessa forma, terá êxito para alcançar a integralidade da atenção.

Os autores ainda contribuem explicitando que o paradigma holístico em consulta ginecológica, busca um novo modelo de saúde, que deverá dissolver toda espécie de reducionismo no cuidado às mulheres. Esse paradigma convoca para a existência de uma continuidade evolutiva entre corpo, vida e mente, ou seja, propõe a totalidade em oposição à fragmentação do cuidado.

Tal perspectiva ancora-se no debate de Silva e Vargens (2013), ao afirmar que reduzir a saúde das mulheres a uma abordagem estritamente biologicista, desconsidera fatores que dizem respeito a outras esferas, como a cultural e a subjetividade, disso decorre um cuidado tecnicista e fragmentada, que se constitui em empecilhos para alcançar a integralidade da atenção.

Angonese e Lago (2017) e Araújo *et al.* (2006), defendem as consultas ginecológicas na perspectiva da integralidade, que considere os modos de vida dessa população, especificamente, mulheres com deficiência física, a transexual e/ou homossexual, as idosas, dentre outras, muitas vezes, suas especificidades são bastante negligenciadas e invisibilizadas em consultas.

Os autores Robinson, Stoffel e Haider (2015), Hall *et al.* (2015), Bayer *et al.* (2011) e Zimmermmann *et al.* (2011), apontam as principais demandas que motivam as mulheres na busca por consultas ginecológicas, em países como Estado Unidos da América (EUA), Peru e o Brasil. Estas vão desde a orientação para a escolha de um método contraceptivo, até a prevenção de doenças como o câncer de mama e o câncer de colo do útero, bem como, questões relacionadas à sexualidade, gravidez indesejada, aborto inseguro e infecções sexualmente transmissíveis.

Seguindo as reflexões que se ocupam dos motivos da busca por consultas, Hollier *et al*. (2015) iluminam a discussão embasados em sua crítica, afirmando que esse modelo vigente de consulta ginecológica não é suficiente para atender as necessidades e demandas das mulheres. Os autores defendem que na atualidade, as mulheres têm convivido com uma sobrecarga de atividades diárias, que vêm impactando, de modo significativo, o conjunto de necessidades de saúde das mulheres, assim, a oferta de cuidados ginecológicos, também passa por um momento de transição.

Mediante tal entendimento, Sawaya (2015) e Conry e Brown (2015), compreendem que um dos aspectos imbricados neste processo de transição de cuidados à saúde das mulheres versa sobre o principal motivo que, por muitas décadas, corroborou para a manutenção das consultas ginecológicas anuais, como o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero.

Estudo realizado pela ACOG nos EUA trouxe uma nova perspectiva de cuidado, baseado em evidências científicas, em que alguns procedimentos, rotineiramente realizados pelas mulheres, em consultas ginecológicas, são desencorajados, a exemplo do exame especular e bimanual, não recomendados para mulheres assintomáticas, adultas e não grávidas. As novas recomendações desaconselham os exames especular e bimanual como técnica de rastreio do câncer do colo do útero para a maioria das mulheres, e concentra a atenção do cuidado em outros aspectos importantes da visita anual, como a educação e promoção de saúde das mulheres (SAWAYA, 2015).

Westhoff, Jones e Guiahi (2011), enfatizam que outros países, como Suécia, Holanda, Bélgica e Reino Unido, não utilizam os exames especular ou bimanual, rotineiramente, nas consultas ginecológicas anuais. Para os autores Qaseem *et al.* (2014) o exame especular, para fins de rastreio do câncer do colo do útero, não deve ser parte integrante da consulta periódica de mulheres assintomáticas, já que não há evidências para apoiar esta prática rotineira.

Perry, Galliot e Donner (2017), concordam com a ausência de aspectos favoráveis a esta prática e não a justificam na rotina de consultas. O estudo realizado na França mostrou que o exame bimanual, ainda é considerado, por muitos profissionais de saúde, como parte integrante de uma consulta e essencial para a manutenção da saúde ginecológica de mulheres assintomáticas.

Por exame especular entende-se a visualização externa da região vulvar e a introdução do espéculo no canal vaginal para observação do colo do útero. O exame bimanual, consiste na palpação dos órgãos pélvicos internos com a inserção de dois dedos na vagina e compressão abdominal simultânea (WESTHOFF; JONES; GUIAHI, 2011).

Mediante tais conceituações, vale destacar, que não identificamos publicações científicas brasileiras que reprovassem os exames especular e bimanual, sistematizado nos serviços públicos de saúde. Assim, o modelo predominante de consultas ginecológicas, no Brasil, hoje, é restrito às demandas de natureza fisiopatológica, com ênfase no diagnóstico de doenças como câncer do colo do útero, tendo os exames especular e bimanual, como parte integrante da consulta anual.

Em complementação a esse debate, Henderson *et al*. (2013) propõem a consulta ginecológica como um espaço que promova a saúde e não um encontro que "promova a doença", a exemplo do câncer de colo de útero, motivo mais citado pelos profissionais para justificar a prática generalizada dos exames especular e bimanual.

Silva e Vargens (2013) alertam para essa visão distorcida de cuidado, baseado em tecnologias duras, invasivas e medicamentosas, ofertadas em consultas ginecológicas para todas as mulheres, todos os anos, e sem que sejam compartilhados os riscos e benéficos de tais condutas.

Os autores Conry e Brown (2015), Silva *et al.* (2015), Zbikowski *et al.* (2012) apontam que é muito comum as mulheres postergarem a ida à consulta ginecológica anual, atrelada à obrigatoriedade dos exames especular e bimanual, que geram sentimentos como medo, vergonha, constrangimento, dor e desconforto.

A ACOG (2012) alerta para a antipatia desencadeada pelos exames especular e bimanual, e que pode estar resultando na evasão das mulheres em consultas ginecológicas, o que interfere diretamente no objetivo do encontro, a promoção de saúde.

Westhoff, Jones e Guiahi (2011) apoiam essa recomendação, ao sugerirem que o exame especular e bimanual devam ser realizados a cada 2-3 anos, somente em mulheres com coleta de swab cervical com resultado de HPV positivo, para fins de confirmação diagnóstica da doença.

Nessa conformidade, o estudo realizado pelos autores Flores *et al.* (2003), sugerem que, além do exame citopatológico do colo do útero, tradicionalmente usado há mais de 60 anos, novas tecnologias têm-se juntado ao arsenal diagnóstico disponível para a detecção precoce desse tipo de neoplasia, entre as quais se incluem o teste de captura híbrida para Papilomavirus (CH-HPV) com autocoleta pela própria usuária. Ademais, o teste CH-HPV também oferece a possibilidade de autocoleta, uma alternativa que permite aumentar a cobertura do exame em regiões de difícil acesso ou com características culturais que levem à resistência ao exame ginecológico.

A 31ª Conferência Internacional do Papilomavírus, realizada na Cidade do Cabo, África do Sul, em 2017, apresentou estudos recentes no Canadá, Alemanha e Estados Unidos que reforçam uma maior sensibilidade do teste de HPV em relação ao exame tradicional de citopatológico do colo do útero. Estes resultados sugerem que os testes de CH-HPV coletados por autocoleta podem ser utilizados em programas de prevenção de câncer de colo de útero. Os estudos indicam que o teste de HPV auto-coletado, pode ser uma opção atrativa para as mulheres que temem o exame tradicional, na maioria das vezes, associado ao desconforto do exame especular (31ª CONFERÊNCIA..., 2017).

Para Gleser (2015) as repercussões de uma visão equivocada das consultas ginecológicas, refletem, frequentemente, em cuidados ordenados por compartimentos biológicos, a exemplo do câncer do colo do útero. Assim, uma abordagem holística, em consultas ginecológicas, reduz as possibilidades de "incompreensão" de suas necessidades e direitos, que para muitas, ainda são negados.

Salani e Andersen (2012) sugerem que, apesar da sua importância comprovada, as consultas ginecológicas, têm um papel educativo, além de ser de grande relevância para que as mulheres tenham uma vida sexual saudável, (re) conheçam a sexualidade e o seu próprio corpo. Neste sentido Abdolrasulnia *et al.* (2010), revelam que os profissionais de saúde queixam-se do pouco tempo que dispõem, em consultas, para a condução de

queixas sexuais, essa prática fica postergada a um espaço na agenda. A promoção da saúde sexual não é compreendida como uma prática rotineira de cuidado, isso porque, alguns profissionais, desconhecem terapias alternativas para tratar essas queixas identificadas, especificamente, as de cunho não biológico.

Para Frigo *et al.* (2016) a usuária deposita confiança neste encontro, esperando que o profissional atue sobre o seu sofrimento e que a auxilie na resolução das suas necessidades de saúde. Ela percebe neste profissional um comprometimento e uma proximidade maior, confiando-lhe informações muito além dos problemas biológicos, ou seja, de foro íntimo.

Chang *et al.* (2014) e Gleser (2015) empreendem que a saúde sexual é vital para o bem-estar das mulheres. Nesse sentido, para que isso ocorra é necessário compreender que a sexualidade está presente em todos os ciclos da vida das mulheres. Assim, o diálogo aberto, entre usuária-profissional, oportuniza que informações como, anatomia vaginal, prática e manejo da disfunção sexual e comportamento de risco, estejam presentes em consultas ginecológicas de rotina.

Angonese e Lago (2017) alertam que rejeitar o discurso assexuado das mulheres é a melhor maneira de promover a saúde sexual e a garantia dos seus direitos. A igualdade a qualquer atendimento ginecológico, mulheres heterossexuais, homossexuais e transexuais, mulheres em climatério e menopausa e mulheres com deficiência física, precisam ter suas necessidades de saúde respeitadas e valorizadas, e a assistência deve ser regida sob um olhar holístico na perspectiva de promover o autocuidado e a autonomia (CARVALHO; BRITO; MEDEIROS, 2014).

Uma pesquisa realizada na Suécia, em 2012, deixou mais claro o processo acima descrito. O estudo sugere que, em consultas, alguns profissionais não respeitam as Diretrizes Éticas da Profissão e ainda submetem mulheres às práticas abusivas de cuidados. Dentre as atitudes abusivas, podemos citar: atitudes coercivas e de inferioridade; assimetria de poder entre profissional-paciente; má conduta em lidar com problemas sexuais e a desvalorização de perspectiva do cuidado da paciente (ZBIKOWSKI *et al.*, 2012).

Considerando essas sustentações, Abdolrasulnia *et al*. (2010) destacam que a relação usuária-profissional de saúde é essencial para o sucesso da consulta ginecológica. Nesse encontro, a abordagem da sexualidade deve ser objeto de considerada relevância, o profissional de saúde deve desenvolver a habilidade de escuta para compreender as necessidades das mulheres. Para Chang *et al*. (2014), a comunicação superficial deixa de elucidar questões importantes sobre a saúde sexual das mulheres, perdendo-se, consequentemente, a oportunidade de promoção de saúde.

Segundo Mielke e Olschowsky (2011), a escuta qualificada é uma forma inovadora

de cuidado, utiliza da tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender a usuária, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seus modos de andar a vida. Autores como Zimmermmann *et al.* (2011) afirmam que humanizar por meio da linguagem é dar a voz à usuária e validar seu saber e suas contribuições em todos os encontros e oportunidades.

Paradoxalmente ao que se almeja em consultas, o estudo realizado no Peru, em 2013, indicou as inúmeras oportunidades perdidas de promoção de saúde na visita anual das mulheres. As consultas com tempo inferior a 10 minutos tiveram menor probabilidade de promover saúde. Convém registrar, que as principais orientações fornecidas, incluíam questões relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero e mama, contraceptivos e Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Embora a maioria das mulheres tenham passado algumas horas na área de espera, não foi oportunizado nenhum tipo de informação preventiva (BAYER *et al*., 2011).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, isto é, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades em saúde e servem para aumentar o bem-estar geral das mulheres. A promoção volta-se à qualidade de vida através da intervenção “em diversos segmentos sociais condicionantes de saúde, como trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010g, p. 17).

Nesta esteira, alguns profissionais apontam as consultas ginecológicas como fundamental para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da violência contra as mulheres. Na maioria das vezes, a causa da procura pelo serviço de saúde é mascarada por outros problemas e sintomas que não se caracterizam como elementos específicos para o estabelecimento do diagnóstico de violência, devendo o profissional estar preparado tecnicamente e despido de preconceito para perceber causas subjacentes ao que lhe é apresentado. Como estratégias para identificação da violência, os profissionais apontaram o diálogo com o intuito de criar vínculo e confiança com a usuária (VIEIRA; LANDERDAHL; PADOIN, 2010).

Para Silva e Vargens (2013) outro aspecto imbricado na consulta ginecológica, são as várias formas de invasão das mulheres, associado ao conjunto de práticas medicalizadas, com uso indiscriminado da tecnologia e manipulação excessiva do corpo, tais cuidados, frequentemente, colocam as mulheres em uma situação vulnerável. Corroborando Zbikowski *et al*. (2012) sugerem mudanças na dinâmica habitual das consultas, devendo haver uma troca constante na relação usuária e profissional, compartilhando decisões para posterior manipulação do corpo.

Mediante essa perspectiva, Prestes e Paiva (2016) compreendem que o diálogo firmado em consultas deve incluir a promoção de práticas que envolvam, ao mesmo tempo,

as próprias mulheres e sua sabedoria, os recursos de suas comunidades e de seus grupos de pertencimento. Os profissionais devem buscar novas formas de cuidar em consultas, que estimule mulheres a superarem os contextos nocivos a que estão expostas e potencializem processos de resiliência.

Noronha *et al.* (2009), por sua vez, define resiliência como um processo ativo de resistência, adaptação e crescimento como resposta às crises e aos desafios da vida. Trata-se da capacidade de as mulheres enfrentarem e responderem, de forma positiva às experiências que possuem elevado potencial de risco para sua saúde e desenvolvimento. As mulheres resilientes conservam as marcas da adversidade que enfrentaram, por exemplo, em consultas ginecológicas, a manipulação e exposição excessiva do corpo, o uso abusivo de técnicas invasivas e a medicalização dos ciclos fisiológicos, presentes em suas lembranças, em seus sentimentos.

Pesquisadores dos EUA elaboraram um roteiro de recomendações para a consulta ginecológica anual, disponibilizado online e/ou mediante *download* do aplicativo. Este roteiro permite uma unificação de cuidados entre as equipes interdisciplinares, principalmente, oportuniza as mulheres para que conheçam e decidam sobre seus próprios cuidados de saúde. Ao acessar o site a usuária informa os dados pessoais, tais como: sexo, idade, sexualmente ativo, tabagista, gravidez, a partir destas informações, o sistema gera um quadro de recomendações, classificadas em níveis de maior evidência científica até o nível de evidência duvidosa (SAWAYA, 2015).

Nessa perspectiva tecnológica em consultas, Levy e Mukherjee (2015) propõem a operacionalização mediante transformação digital. Para os autores, a consulta ginecológica eletrônica domiciliar (e-consulta), permite às mulheres obter cuidados de rotina para intercorrências de baixo risco, baseados em evidências científicas e protocolos, de forma rápida e em locais remotos.

Hollier *et al.* (2015) Lagrew Junior e Jenkins (2014) este novo formato de atendimento eletrônico, oportuniza o contato contínuo entre usuária-profissional, a adequada resolutividade e continuidade do cuidado, facilita o acesso à informação e comunicação e, principalmente, atende às necessidades de tempo das mulheres. A oferta de cuidado online ocorre de forma contínua, ou seja, 24 horas, 07 dias da semana, 365 dias do ano, a usuária é considerada a "*dona da informação"* e o profissional de saúde o "*guardião*". A consulta online está disponível de forma gratuita para todas as usuárias, mediante aplicativos baixados nos celulares e computadores.

Os autores ainda contribuem, ao afirmar que esse novo desenho de cuidado tecnológico potencializa o tempo da usuária (não precisa deslocar-se ao serviço para obter um atendimento de rotina), reduz custos (libera os profissionais de saúde para atendimentos de médio e alto risco), qualifica e unifica a informação e comunicação (interpessoal interdisciplinar e intersetorial).

Contrariando a modelagem de atenção aqui proposta, a maioria das consultas ginecológicas, realizadas nos serviços de saúde priorizam as tecnologias leveduras e duras, marcadas pelo intervencionismo, movidos por rotinas e protocolos rígidos, que hipervalorizam o componente biológico do corpo feminino e centraliza as ofertas de cuidado nas fases reprodutivas e seus desconfortos, desconsiderando as necessidades das usuárias como legítimas.

A partir desta constatação, verifica-se a necessidade de (re) pensar a consulta ginecológica, como um encontro entre sujeitos, marcado pelo diálogo, escuta do indizível, corresponsabilidade e longitudinalidade do cuidado, que contemple os problemas emergentes que afetam a saúde das mulheres, por exemplo, o combate à violência doméstica e sexual.

Na seção a seguir, serão descritos os procedimentos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa no que tange ao tipo de estudo, ao cenário investigado, aos participantes do estudo, à forma de coleta dos dados, ao processo de análise a que os dados serão submetidos e, por fim, aos aspectos éticos da pesquisa.

# CAPÍTULO 3
## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa e exploratória, adotando-se os procedimentos metodológicos do estudo de caso, segundo Yin (2015). O potencial das consultas ginecológicas realizadas na rede pública de saúde no município de Chapecó do Estado de Santa Catarina para produzir integralidade da atenção foi o caso enfocado no presente estudo.

### 1 I DELINEAMENTO DA PESQUISA

Como refere Minayo (2014), esse tipo de abordagem permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares e propicia a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação. Minayo destaca, ainda, que a investigação qualitativa se aplica ao estudo das relações, das representações, das percepções, dos valores, das crenças, dos hábitos, das atitudes e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem e se relacionam. Tais características justificam a escolha da abordagem qualitativa para a pesquisa que originou a presente tese, uma vez que a intenção foi estudar, a partir da perspectiva dos atores envolvidos, as possibilidades de produção de integralidade em saúde em consultas ginecológicas ofertadas pela rede de atenção no município de Chapecó/SC.

A pesquisa foi exploratória na medida em que o fenômeno estudado é pouco conhecido. Adquirir maior familiaridade com o fenômeno estudado, seu significado e o contexto onde se insere, é, segundo Minayo (2014), o objetivo de estudos desenvolvidos nesta perspectiva.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real (YIN, 2015) e, como toda a pesquisa qualitativa, trata do fenômeno numa perspectiva subjetiva, não pretendendo alcançar generalizações, mas oferecer exemplos situacionais, de modo a compreendê-los (MARTINS, 2008).

Segundo Minayo (2014, p. 165), "[...], os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão". Trata-se de uma metodologia que busca "[...] apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante mergulho profundo exaustivo em um objeto delimitado" (MARTINS, 2008, p. 11).

Yin (2015) destaca que o estudo de caso pode contribuir para o conhecimento dos fenômenos

individuais, sociais, grupais, organizacionais, políticos e relacionais, nas situações em que as questões a serem respondidas são do tipo *"como?"* ou "*por quê?",* quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos inseridos no contexto da vida real.

Como referido na literatura, o estudo de caso é realizado a partir da utilização de várias fontes de evidências, que precisam convergir, oferecendo condições para afirmar fidedignidade e validade dos achados da pesquisa, por meio da triangulação dos dados (YIN, 2015). No presente estudo foram utilizadas três fontes de produção de dados: entrevista semiestruturada, observação direta e grupo focal.

Segundo Yin (2010, p. 49), projetos de pesquisa propostos na perspectiva de um estudo de caso são compostos por cinco componentes fundamentais, quais sejam "[...] as questões do estudo; as proposições; as unidades de análise; a lógica que une os dados às proposições; e os critérios para interpretar as constatações".

Os dois primeiros componentes (as questões e as proposições de estudo) foram apresentados na introdução do estudo, sugeridos na forma da questão de "como" e "por quê" (como as consultas ginecológicas se apresentam na rede pública de atenção em saúde no município de Chapecó/SC e, por que as mulheres buscam por esse atendimento). Cada proposição dirige a atenção para um componente a ser pesquisado no escopo do estudo. Os demais componentes de um estudo de caso serão apresentados nos tópicos a seguir.

## 2 | UNIDADE DE ANÁLISE

Segundo Yin (2015), o terceiro componente do estudo de caso, a unidade de análise, está relacionada com o problema da pesquisa, o "caso" a ser estudado, o qual tem a ver com o objetivo do estudo.

Neste estudo, a unidade de análise – consultas ginecológicas realizadas na RAS do município de Chapecó/SC – está configurada a partir da questão de pesquisa "Como se organiza a atenção à saúde ginecológica na rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina e qual o seu potencial para produzir integralidade em saúde?".

Exercendo a função de Capital do Oeste, o município de Chapecó é considerado como pólo de saúde em uma região com mais de 200 municípios e cerca de um milhão de habitantes (CHAPECÓ, 2014). A RAS de Chapecó é referência para o atendimento em saúde dos usuários da região nos níveis secundário e terciário de saúde. Além disso, importa considerar que Chapecó é um dos municípios da Região de Saúde do Oeste com Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Os demais municípios da região priorizam a atenção primária e secundária, realizando encaminhamentos para atendimentos em serviços de alta complexidade, na rede de Chapecó. Assim, considerou-se adequado estabelecer a RAS do município de Chapecó no Oeste de SC, como limite espacial do

estudo de caso proposto.

A Região de Saúde do Oeste Catarinense é composta por vinte e sete municípios (Águas Frias, Águas de Chapecó, Caibi, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunhataí, Cunha Porã, Formosa do Sul, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago do Sul, Serra Alta, Sul Brasil, União do Oeste, Palmitos, Pinhalzinho, São Carlos, Riqueza, Paial e Arvoredo). Situado entre os territórios do Meio Oeste Contestado e do Extremo Oeste abrangem uma área aproximada de 4.126 quilômetros quadrados, o que representa 4,31% da superfície de Santa Catarina. Em 2010, sua população era de 326.379 habitantes (5,22% da população estadual), com uma população estimada em 2015 de 349.746 habitantes (5,12% da população estadual). Chapecó é o município da Região Oeste de Saúde com a maior numero habitantes no ano de 2010, num total de 183.530, ou seja, 56,23% da população total do território, e densidade demográfica de 293,15 hab./km$^2$. A população estimada, em 2017, era de 213.279 habitantes. Todos os outros 26 municípios do oeste do estado têm população inferior a 20 mil habitantes (SANTA CATARINA, 2012; IBGE, 2010; 2014).

Santa Catarina possui um território de 95,3 mil km² que integra 295 municípios, com uma população total de cerca de 6,24 milhões de habitantes. O estado tem influência de mais de 50 etnias, predominantemente marcada por portugueses, italianos, alemães e, em menor medida, por poloneses. A economia da região é diversificada, com uma agricultura forte, baseada em minifúndios rurais e dividindo espaço com um parque industrial atuante, o quarto maior do Brasil. Considerando o Produto Interno Bruto de 2009, o Estado foi classificado como a oitava maior economia brasileira. A presença no estado de indústrias de grande e pequeno porte contribui para essa situação econômica (SEBRAE, 2013b).

O território Oeste do estado foi habitado apenas por indígenas Kaingang, Xokleng e Guarani até o ano de 1838. Os primeiros contatos dessas populações com europeus se deram nos séculos XVII e XVIII, principalmente, com religiosos da Companhia Jesuítica, que tinha a sua sede na província espanhola do Paraguai. A colonização da região ocorreu no século XX, com o incentivo dos governos federal e estadual para empresas colonizadoras, que adquiriam terras para, depois, comercializá-las (BRASIL, 2010b).

As empresas madeireiras foram as primeiras a se instalar na região. A madeira extraída era exportada para países europeus e escoada em balsas, preferencialmente, pelo rio Uruguai. O processo de colonização foi mais intensivo entre os anos de 1940 e 1960, com a chegada das empresas colonizadoras que, em sua maioria provinham do Rio Grande do Sul. Esse processo foi determinante para a formação da atual estrutura social e econômica da região. Na década de 1970, a fronteira agrícola se fortaleceu com a implantação, pelo Governo Federal, dos instrumentos para a chamada modernização conservadora da agricultura brasileira. Para o Oeste catarinense, isso significou a intensificação do processo de agroindustrialização, especialmente, aquele ligado ao complexo de carnes (BRASIL,

2010b; SEBRAE, 2013a). Na Figura 2, mapas da localização ilustram o espaço ocupado por Chapecó no Estado de SC.

Figura 2. Mapas da localização de Chapecó/SC.

Fonte: Mapa interativo do Estado de Santa Catarina, Município de Chapecó, 2016.

Com base nas informações do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, a população feminina chapecoense corresponde a 92.904 (50,62%) dos habitantes, em relação à estrutura etária, 11% são jovens com menos de 15 anos, com idade entre 15 e 64 anos somam-se 36,54%, a população feminina idosa, acima de 65 anos, equivale a 3,07% dos habitantes. Em se tratando da população economicamente ativa de mulheres com 16 anos ou mais de idade, esta corresponde a 49.368 habitantes (53,13%).

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 51,69% para 38,73%. A razão de dependência está representada pelo percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa) (ATLAS BRASIL, 2013).

A grande maioria da população chapecoense reside na zona urbana e corresponde a 168.113 (91,60%) habitantes (ATLAS BRASIL, 2013). A renda per capita média de Chapecó cresceu 132,80% nas últimas duas décadas, passando de R$ 437,01, em 1991, para R$ 674,35, em 2000, e para R$ 1.017,34, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,55%. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R$ 140,00, passou de 28,01%, em 1991, para 14,71%, em 2000, e para 2,70%, em 2010 (ATLAS BRASIL, 2013).

Especificamente quanto aos indicadores de habitação do município de Chapecó, 92,46% da população em domicílios possui água encanada, com energia elétrica 99,75%,

e a população urbana com coleta de lixo, corresponde a 99,65% (ATLAS BRASIL, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)[1] é um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 a 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida. Em Santa Catarina, o IDH registrado em 2010 foi de 0,774, refletindo um alto desenvolvimento, sendo o maior da região Sul e o terceiro maior do Brasil, perdendo somente para o Distrito Federal (0,824) e São Paulo (0,783) (PNUD, 2010).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)[2] Chapecó passou de 0,529, em 1991, para 0,790, em 2010. Isso implica em uma taxa de crescimento de 49,34% para o município. A dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,424), seguida por Renda e por Longevidade. No município, a esperança de vida ao nascer (em anos) passou de 73,40 (2000) para 77,25 (2010) (ATLAS BRASIL, 2013).

No Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM)[3] referente a 2011, Chapecó evidenciou um alto indicador de desenvolvimento, obtido a partir de elevados índices em Saúde (0,9240). Nesse ano, o IFDM do município aparece em segundo lugar no ranking estadual e em 18º no ranking nacional (IFDM, 2011).

Os indicadores do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)[4] referentes a 2011 revelam que Chapecó foi reconhecido, nacionalmente, pelo Ministério da Saúde como o segundo melhor SUS do Brasil (CHAPECÓ, 2014). Os indicadores selecionados estão agrupados em duas linhas avaliativas, de acesso e efetividade, em todos os níveis assistenciais, distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência (BRASIL, 2012c).

---

1 O IDH é formulado a partir de três dimensões, sobre os indicadores municipais relacionados à longevidade (vida longa e saudável), educação (acesso ao conhecimento) e padrão de vida (renda per capita). De acordo com o relatório da ONU, o Brasil atingiu o IDH de 0,800, em uma escala de 0 a 1. Países com índice inferior a 0,800 são considerados de “médio desenvolvimento humano”, categoria na qual o Brasil figurava desde 1990. O relatório anual de IDH é elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da ONU. De acordo com dados para 2013, o IDH do Brasil é 0,744.

2 Em 2013, o PNUD Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros a partir de dados do Censo Demográfico de 2010. Assim, o IDHM incluindo seus três componentes, Longevidade, Educação e Renda, conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira. Maiores informações em Atlas Brasil (2013).

3 O IFDM foi criado em 2008 tendo em vista a necessidade de se monitorar o desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros. A ótica das três áreas fundamentais ao desenvolvimento humano (educação, saúde e emprego) resulta de um estudo anual realizado pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), com os 5.565 municípios brasileiros. O índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento da localidade. Maiores informações disponíveis em: <http://www.firjan.org.br/ifdm/downloads/>.

4 O IDSUS como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota para cada Município, Estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, onde os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS. Os indicadores selecionados (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade), distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência (BRASIL, 2012c).

No município, o IDHM Educação, indicador de escolaridade da população adulta, mostrou que, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, o município tinha, em 2010, 5,67% de analfabetos, 58,26% com ensino fundamental completo, 40,04% possuíam o ensino médio completo e 13,67%, o superior completo (PNUD, 2010). Na região, a formação de ensino superior ocorre por meio de cinco universidades, a saber: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), e Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).

No que diz respeito ao sistema de saúde, estabelecida na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96[5], vinte e dois municípios da Região de Saúde do Oeste encontram-se em GPSM, dentre eles o município de Chapecó, e apenas cinco municípios estão habilitados para a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Cabe ressaltar que a habilitação em GPSM significa ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços em todos os níveis de atenção com suficiência para a sua população e a de outros municípios a ele adscritos (BRASIL, 2001).

No estado de Santa Catarina, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovou a organização gerencial e administrativa da Política de Saúde do Estado em nove Macrorregiões de Saúde e 16 Regiões de Saúde, conforme apresentado na Figura 3, ratificando a intenção de uma política de gestão regionalizada (DELIBERAÇÃO 457/CIB/12; DELIBERAÇÃO 458/CIB/12). Região de Saúde é um espaço geográfico constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, definido a partir de "[...] identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011b, p. 2).

---

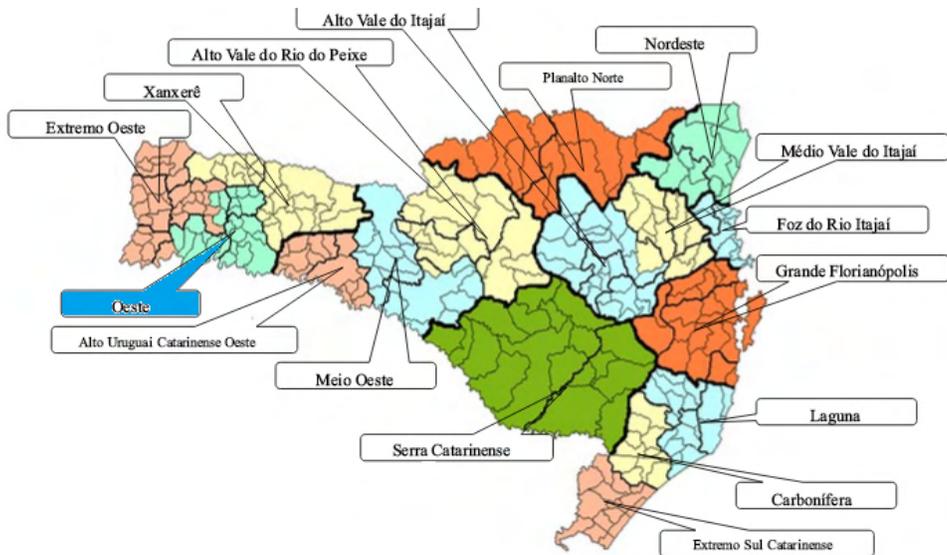
5 A NOB 01/96 permitiu modificações na forma do financiamento que passa a ser feito, em parte, pelo Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA) e por incentivos por cobertura populacional, estabelecendo-se duas modalidades de habilitação para o município: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1997).

Legenda: As linhas finas representam os municípios e as cores as Regiões de Saúde. Em destaque a Região de Saúde do Oeste sinalizada na cor azul no mapa.

Figura 3. Configuração das Regiões de Saúde/SC – PDR/2012.

Fonte: Santa Catarina (2012).

Santa Catarina possui uma descentralização político-administrativa definida pela Lei n. 381/2007, caracterizada pela divisão em 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), ilustradas na Figura 4. A implantação das SDRs com poderes administrativos iguais aos das demais Secretarias Setoriais representa um progresso no sistema de administração do Estado, substituindo uma estrutura centralizada por uma gestão baseada no fortalecimento dos poderes regional e local, responsáveis pelo planejamento e pela execução orçamentária das ações de saúde em âmbito regional. O município de Chapecó está representado pela 4ª SDR Chapecó (SANTA CATARINA, 2007).

| 22° - Araranguá | 07° - Joaçaba |
|---|---|
| 15° - Blumenau | 23° - Joinville |
| 36° - Braco do Norte | 27° - Lages |
| 16° - Brusque | 19° - Laguna |
| 10° - Caçador | 25° - Mafra |
| 08° - Campos Novos | 02° - Maravilha |
| 26° - Canoinhas | 29° - Palmitos |
| 04° - Chapecó | 32° - Quilombo |
| 06° - Concórdia | 12° - Rio do Sul |
| 21° - Criciúma | 28° - São Joaquim |
| 11° - Curitibanos | 03° - São Lourenço do Oeste |
| 30° - Dionísio Cerqueira | 01° - São Miguel do Oeste |
| 18° - Grande Florianópolis | 33° - Seara |
| 14° - Ibirama | 34° - Taió |
| 17° - Itajaí | 35 - Timbó |
| 31° - Itapiranga | 20 - Tubarão |
| 13° - Ituporanga | 09 - Videira |
| 24° - Jaraguá do Sul | 05 - Xanxerê |

Figura 4. Mapa com a distribuição das 36 SDRs no Estado de Santa Catarina, com os Municípios que a representam.

Fonte: Santa Catarina (2012).

Destaca-se que, no Oeste de Santa Catarina, os serviços de alta complexidade, especialmente na atenção ginecológica, são ofertados, apenas, pelos municípios de Chapecó e Quilombo, sendo que Chapecó é referência para 116 municípios na assistência de média e alta complexidade (CHAPECÓ, 2014). Nessa condição, o município atua como município-polo[6] de saúde, ou seja, oferta uma proposta de estruturação das redes de

6 Município-polo em GPSM ou GPAB que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção à saúde, capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços (BRASIL, 2001).

referência em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade do serviço. O fluxo de referência está agrupado por macrorregião de saúde, considerando os Procedimentos de Atenção Básica (PAB), Procedimentos de Atenção Básica Ampliada (PABA), Mínimo da Média Complexidade (MC1), demais procedimentos da Média Complexidade (MC2 e MC3) e Alta Complexidade (AC) (BRASIL, 2001).

A RAS de Chapecó está estruturada por componentes estrategicamente localizados de acordo com cada especificidade. A Atenção Básica estrutura-se com 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 44 ESF, 280 ACS e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ofertam serviços na atenção à saúde das mulheres. Destaca-se que, na atenção secundária, a saúde das mulheres é disponibilizada pela Clínica da Mulher, serviço especializado que conta com uma equipe multidisciplinar: enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista, mastologistas, ginecologistas, médicos vasculares, endocrinologista, ecografistas, pediatras, gastropediatra e neuropediatra. Em se tratando da atenção terciária de saúde, componente hospitalar, a atenção à saúde ocorre no Hospital Regional do Oeste (HRO). Este hospital é referência para 76 municípios na média complexidade, e 116 municípios na alta complexidade (ortopedia, neurocirurgia e oncologia), incluídos neste contexto todos os municípios da região do oeste do Estado (CHAPECÓ, 2014).

Para definirmos quais serviços da AB seriam incluídos na pesquisa, utilizamos como critério de inclusão a maior cobertura de exames citopatológicos no ano de 2015, ou seja, constituiu o trabalho de campo apenas um serviço da AB de Chapecó. A cobertura de exame citopatológico por serviço de saúde na AB não é uma informação pública, portanto, esses dados foram buscados junto ao Gestor Municipal. Optamos pelo indicador de cobertura de exames citopatológicos pela representatividade que tais exames têm no contexto das consultas ginecológicas e pela inexistência de indicador específico de cobertura de consulta ginecológica. Nas entrevistas realizadas com os coordenadores dos serviços da AB, foram buscadas informações sobre fluxo de encaminhamento das usuárias para serviços da atenção secundária e terciária.

A unidade de saúde na AB que apresentou a maior cobertura de exames citopatológico, em 2015, com 1596 exames preventivos realizados, perfazendo uma cobertura de 80% da população adscrita no ano que em que foi definido o projeto de pesquisa, foi o Centro Integrado de Saúde da Família Efapi (CISF Efapi), localizado no bairro do mesmo nome. Essa unidade de referência abriga quatro eSFs, atendendo um total de 7.000 famílias, totalizando 28.000 pessoas, o que corresponde a 56% dos moradores do bairro Efapi.

Também fizeram parte da pesquisa os serviços públicos de atenção especializada (secundária) e hospitalar (terciária) do município de Chapecó que atendem demandas originadas nas consultas ginecológicas, sinalizados no PMS/Chapecó, como os serviços CMC e HRO.

No HRO, os setores que atendem demandas originadas nas consultas ginecológicas são as unidades de Pronto Socorro e Centro Obstétrico. Nestes setores foram entrevistados os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que acolhem as demandas oriundas da atenção ginecológica. Na Clínica da Mulher também foram entrevistados os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atuam no atendimento à saúde ginecológica.

O limite temporal para a produção dos dados empíricos ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, mediante CAAE número 55719816.6.0000.0118, parecer número 1.571.255. Essa etapa da pesquisa ocorreu durante um período de seis meses, a partir de agosto de 2016.

## 3 I PRODUÇÃO DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo de caso holístico, utilizado quando não é possível identificar nenhuma subunidade lógica a teoria em questão, é a unidade única de análise e único caso (YIN, 2010). Assim, as consultas ginecológicas foram estudadas a partir dos modos de ver das usuárias, dos profissionais, do diretor municipal e dos coordenadores dos serviços de saúde que compõem a rede pública de saúde do município de Chapecó/SC, nos seus vários níveis de atenção. Seguindo esta perspectiva, as evidências empíricas produzidas na pesquisa foram originadas em múltiplas fontes: entrevistas individuais semiestruturadas, observações diretas e grupos focais (GF).

### 3.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista é uma conversação focada, que tem o objetivo de aprofundar determinado tema ou questão a partir da experiência ou perspectiva do entrevistado (CRESWELL, 2014). As entrevistas são umas das fontes mais importantes de evidência para o estudo de caso, permitindo a flexibilização das questões norteadoras da interação com os participantes, sem restringir-se a elas (YIN, 2010; MINAYO, 2014). A escolha da modalidade individual de entrevista permitiu maior proximidade com cada participante, além de flexibilidade para o agendamento de horário e de local para a realização das entrevistas (BAUER; GASKELL, 2008).

A primeira categoria de entrevistados foi composta por profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que atuavam na rede pública de atenção (serviços da atenção básica, especializada e hospitalar), há mais de um ano, realizando consultas ginecológicas. Foram excluídos deste grupo: profissionais de saúde em atestado médico e/ou afastados do trabalho durante a pesquisa de campo e profissionais que realizavam consultas ginecológicas há menos de um ano nos serviços selecionados, considerada a sua pouca experiência na assistência.

A escolha da primeira categoria dos entrevistados ocorreu de forma intencional, de modo a obter informações que representassem os diversos profissionais médicos e

enfermeiros que, à época da pesquisa, atendiam aos critérios de inclusão, os quais perfaziam um total de sete profissionais de saúde. Destes, participantes entrevistados (três enfermeiros e quatro médicos), assim distribuídos: na APS – uma enfermeira e uma ginecologista; na ASS – dois médicos (um mastologista e um ginecologista) e na ATS – dois enfermeiros e uma médica. Cabe lembrar que a médica ginecologista entrevistada no CISF Efapi era única profissional que atendia demandas que necessitavam de atendimento médico na área da ginecologia. Como já referido, a atuação destes profissionais ocorria em quatro ESFs, na Clínica da Mulher e no HRO.

Os profissionais foram entrevistados individualmente com o intuito de se conhecer suas concepções sobre as consultas ginecológicas que realizavam e a capacidade dessas consultas para atender as necessidades das usuárias. Antes de iniciar a produção dos dados foram realizadas três entrevistas-piloto para testagem do roteiro previamente definido. As entrevistas foram testadas com um profissional de cada nível de atenção da RAS.

Além dos profissionais que atuavam nos serviços, também buscou-se entrevistar o Secretário de Saúde de Chapecó, gestor municipal da RAS. Entretanto, em virtude de licença para atividade política, o gestor municipal delegou ao Diretor Municipal de Saúde a incumbência de participar da pesquisa, a qual seguiu roteiro semiestruturado.

A terceira categoria de entrevistados foi constituída pelos coordenadores dos serviços de saúde dos três níveis da RAS, representados pelo CISF Efapi, Clínica da Mulher e HRO. Foram entrevistados: a coordenadora do CISF Efapi (APS) – uma enfermeira; a coordenadora da Clínica da Mulher (ASS) – uma enfermeira; no HRO (ATS), em função da estrutura organizacional e das decisões tomadas em suas áreas específicas, foram entrevistados dois coordenadores: a diretora de enfermagem – uma enfermeira e o coordenador do setor de ginecologia e obstetrícia – um médico. Os quatro entrevistados também seguiram um roteiro semiestruturado. No Quadro 1 é apresentado o perfil dos participantes das entrevistas.

| Nível de atenção à saúde | Tipo de participante | Especialização | Tempo de atuação na RAS de Chapecó |
|---|---|---|---|
| APS | Médico | Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Doutorado em Ciências | 27 anos |
| APS | Enfermeira | Especialista Gestão em Saúde Pública; Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde | 06 anos |
| APS | Coordenadora da AB - Enfermeira | Especialista em Saúde Coletiva | 06 anos |
| ASS | Médico | Especialista em Mastologia; Doutor em Ciências Médicas | 03 anos |
| ASS | Médico | Especialista em Ginecologia e Obstetrícia | 11 anos |

| ASS | Coordenadora do serviço especializado - Enfermeira | Especialista em Preceptoria no SUS | 20 anos |
|---|---|---|---|
| ATS | Médico | Especialista em Ginecologia e Obstetrícia | 09 anos |
| ATS | Enfermeira | Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. | 10 anos |
| ATS | Enfermeiro | Especialista em Educação Permanente | 03 anos |
| ATS | Coordenador do serviço de ginecologia e obstetrícia – médico | Especialista em Ginecologia e Obstetrícia | 10 anos |
| ATS | Diretora de enfermagem – enfermeira | Especialista em Controle de Infecção Hospitalar; Especialista em Educação Profissional na Saúde; Especialista em saúde pública | 19 anos |
| Municipal | Diretor municipal de saúde | Especialista em Saúde Pública | 04 anos |
| Total de participantes: | | 12 | |

Quadro 1 – Perfil dos participantes das entrevistas, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

As entrevistas foram realizadas mediante autorização prévia dos entrevistados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. Os locais e data e horário das entrevistas foram previamente negociados com os participantes do estudo.

As 12 entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas pela própria pesquisadora logo após terem sido realizadas, garantindo a exatidão na transcrição, no intuito de manter as experiências e significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa na sua forma original. Para maior autenticidade e confiabilidade das transcrições das entrevistas, o conteúdo transcrito foi disponibilizado aos 12 participantes para que validassem os dados. Todos os participantes demonstraram satisfação ao se reconhecerem na entrevista transcrita e apenas quatro participantes sugeriram pequenas alterações nas respostas.

## 3.2 Observação direta

A segunda fonte de evidências utilizada neste estudo de caso foi a observação direta do processo de atendimento das usuárias em consultas ginecológicas nos três níveis de atenção da RAS (CISF Efapi, Clínica da Mulher e HRO).

Por “processo de atendimento” entende-se o conjunto de procedimentos que viabilizam e concretizam as consultas ginecológicas, incluindo o agendamento, a consulta e os encaminhamentos que dela resultam. Os dados extraídos da observação direta foram úteis para o confronto das informações provenientes do campo e para fazer emergir a

distância entre o declarado nas entrevistas e o realizado.

A observação direta buscou complementar as informações produzidas nas entrevistas e trazer questões para a agenda dos GFs, os quais compuseram a terceira etapa do processo de produção de dados. A observação direta da consulta ginecológica foi realizada mediante a autorização prévia dos envolvidos – técnicos administrativos que faziam os agendamentos, as usuárias das consultas ginecológicas e os profissionais da saúde que as realizavam – e assinatura do TCLE. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa de observação direta foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que realizavam consultas ginecológicas há mais de um ano nos serviços de saúde incluídos no estudo; usuárias maiores de 18 anos cadastradas nesses serviços e técnicos administrativos que neles atuavam há mais de um ano. Os profissionais, usuárias e técnicos administrativos que não correspondiam a estes critérios foram excluídos.

O ponto de partida para definição de quais elementos dos "processos de atendimento" em consulta ginecológica seria observado foi à identificação de que as demandas de saúde das mulheres eram atendidas nas terças-feiras pela manhã e quintas-feiras pela tarde, ou seja, apenas dois turnos da semana.  A coordenadora do CISF Efapi sinalizou quais seriam as usuárias com demandas ginecológicas e essas foram abordadas, solicitando-se autorização para a observação do processo de atendimento do qual seriam sujeitos.

Para delimitar a etapa de produção dos dados por observação direta, foi utilizado o critério de saturação, que é quando se considera que as informações se tornaram reincidentes e deram mostras de exaustão (YIN, 2015). A saturação ocorreu com dez observações, sendo quatro observações diretas no CISF Efapi, três observações diretas na Clínica da Mulher e três observações diretas no HRO.

Os dados extraídos da observação guiada pelo roteiro de observação direta foram registrados em um diário de campo. Esse roteiro permitiu registro de notas de observação e notas teóricas ou empíricas, que foram úteis na análise e interpretação dos dados. Como preconizado na literatura, procurou-se não interferir em nenhuma das etapas do processo de atendimento durante a observação (YIN, 2015).

No diário de campo foram escritas impressões pessoais, resultados de conversas informais com as usuárias na sala de espera enquanto aguardavam o atendimento, observações de comportamentos dos profissionais que contradiziam ou eram coerentes com conteúdo das entrevistas, situações conflituosas e de exposição desnecessária das usuárias que se repetiram em mais de uma oportunidade, e outros pontos observados que pareciam significativos aos objetivos da pesquisa.

Cada observação teve duração aproximada entre 30 minutos a 2 horas e 15 minutos. A etapa da observação totalizou 17 horas e 34 minutos. As observações foram realizadas alternando períodos matutinos e vespertinos, algumas com visitas aos locais, específicas

para este fim, outras vezes realizadas no intervalo entre as entrevistas.

### 3.3 Grupos Focais

Grupos focais foram a terceira fonte de evidências utilizada na pesquisa. A ideia foi promover interação entre as usuárias, participantes da pesquisa, em um espaço onde pudessem expressar suas impressões e compartilhar as experiências vividas em consultas ginecológicas. Como refere a literatura, grupos focais possibilitam a captura de expressões e formas de linguagem dificilmente captadas por outras estratégias de pesquisa, uma vez que permitem aos participantes interagir com espontaneidade (BAUER; GASKELL, 2008). Outra potencialidade dos grupos focais, que justifica sua escolha como estratégia de pesquisa, é a possibilidade de se constituir em um espaço prazeroso para as participantes, com tempo e espaço para modificarem seus pontos de vista na interação com as ideias das outras, gerarem suas próprias questões e se expressarem segundo suas próprias prioridades e interesses (OLIVEIRA, 2011).

Foram convidadas a participar dos grupos focais, um quantitativo de 18 usuárias, seguindo-se a recomendação da literatura que sugere de 6 a 15 sujeitos por grupo (GATTI, 2005). O grupo foi composto a partir de uma amostragem intencional das diferentes representações de mulheres, usuárias das consultas ginecológicas na RAS estudada. A amostragem intencional permite selecionar os participantes da pesquisa, acreditando que eles podem intencionalmente expressar uma compreensão do fenômeno estudado que represente determinada população sob algum aspecto (CRESWELL, 2014).

Foram os seguintes os critérios de inclusão neste grupo: ter idade superior a 18 anos e realizado consultas ginecológicas nos últimos seis meses em um dos serviços selecionados, podendo ser CISF Efapi, Clínica da Mulher e Hospital Regional do Oeste. Os critérios de exclusão foram: ter algum problema cognitivo ou doença que impedissem de responder a entrevista e menores de 18 anos de idade. A amostra foi composta por mulheres negras, pardas, brancas, trabalhadoras formais e informais, nas diferentes faixas etárias entre 21 e 72 anos, e diferentes níveis de escolaridade (ensino fundamental incompleto a superior incompleto). O objetivo foi contemplar no estudo proposto, diferentes grupos de mulheres e suas especificidades, em termos de necessidades de saúde e experiências em consultas ginecológicas no contexto da RAS de Chapecó. O convite para participar dos GFs foi entregue pela própria pesquisadora no domicílio de cada usuária. Um Agente Comunitário de Saúde (ACS) do CISF Efapi auxiliou na identificação dos endereços.

Considerando o arranjo organizacional dos serviços da RAS de Chapecó, foi possível contar com a colaboração da coordenadora do CISF Efapi para indicar quais usuárias estavam em atendimento por demandas ginecológicas nos serviços de APS, Clínica da Mulher e HRO. A aceitação do convite foi formalizada pela assinatura das usuárias no TCLE e Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.

Foram realizados dois encontros de GFs, cada um com um grupo distinto de nove usuárias, atendidas nos diferentes níveis de atenção da rede. O quadro 02 apresenta o nível de atenção em que cada participante dos GFs buscava atendimento no momento da pesquisa.

Cada GF teve a duração aproximada de 90 minutos e os encontros foram, realizados em local, data e hora previamente agendados. Os GFs foram desenvolvidos de acordo com uma agenda de temas e questões previamente definidas, porém com flexibilidade para incluir novos temas e questões, dependendo do desenvolvimento das discussões durante os encontros.

Cada GF foi constituído por quatro momentos. O **primeiro momento do GF** tratou sobre a preparação do ambiente e recepção do grupo de mulheres, que ocorreu através da apresentação pessoal, quando foram divididas em duplas, conforme as cores das mensagens de agradecimento que receberam ao chegar ao local. A figura 5 ilustra esta preparação. O tempo destinado à interação entre as duplas foi de 10 minutos.

Figura 5. Imagens fotográficas da organização do espaço físico na UBS para a realização dos GFs.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No **segundo momento**, cada participante apresentou sua acompanhante ao grande grupo, recebendo, cada uma, um crachá com o seu nome (figura 5). Essa forma de identificação foi importante para a comunicação entre as participantes e entre essas e a pesquisadora, além de possibilitar a identificação das falas no processo de organização e análise das informações.

Figura 6. Imagens fotográficas do primeiro momento do GF – recepção e identificação das usuárias na UBS.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Ao término das apresentações, iniciou-se o **terceiro momento do GF**, com a explanação do projeto de pesquisa, seus objetivos, e a negociação das regras de funcionamento do grupo tais como: duração do encontro, respeito ao posicionamento dos demais, sigilo, gravação das falas, e o papel da pesquisadora e o da observadora.

Esse **terceiro momento** do GF teve duração aproximada de 10 minutos. A pesquisadora apresentou as questões norteadoras do debate, que permaneceram escritas de forma legível e ao alcance visual de todas. As questões norteadoras foram as seguintes: Que motivos(s) têm levado você a buscar atendimento em consultas ginecológicas nos serviços públicos de saúde do seu município? Estas consultas têm atendido as suas necessidades? Quais necessidades não têm sido atendidas? Se você pudesse mudar algo no modo como estas consultas são realizadas, o que você mudaria? Por quê? Você tem ficado satisfeita com este atendimento? Por quê? Para você considerar o atendimento em consultas ginecológicas bom, como este atendimento deve ser?

Figura 7. Imagem fotográfica do terceiro momento do GF, apresentação das questões norteadoras do debate, fixadas na parede da UBS.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O **quarto momento do** GF foi destinado à interação e discussão grupal. Nele, as usuárias puderam compartilhar suas ideias, opiniões, e vivências em consultas ginecológicas.

O **quinto momento** correspondeu à análise coletiva dos discursos socializados de modo à proceder-se uma validação das informações produzidas no encontro grupal. O somatório das experiências e percepções das usuárias reveladas no grupo possibilitou a produção de um conhecimento sobre o grupo e apoiou o processo de saturação das falas (MINAYO, 2014). Estas duas últimas etapas totalizaram, aproximadamente, 60 minutos.

Para o registro dos GFs utilizou-se um gravador digital de voz (Tablet). Os encontros foram, posteriormente, transcritos e, na sequência, realizada leitura e releitura exaustiva das transcrições para fins de análise. Os GFs foram associados a outros métodos de produção dos dados como entrevista e observação direta, com o objetivo de triangulação das informações. A triangulação foi utilizada com a finalidade de possibilitar a complementação das informações geradas por cada uma das estratégias de pesquisa, aprofundando o conhecimento e a compreensão do caso em estudo. Além disto, possibilitou a identificação

de similaridades e diferenças entre as possíveis conclusões da análise dessas informações.

Todas as escolhas metodológicas aqui descritas seguiram as recomendações da literatura correspondente à metodologia do estudo de caso. Assim, para aumentar a fidedignidade, a confiabilidade e a credibilidade das informações da pesquisa, foram utilizados quatro critérios (YIN, 2015). O primeiro critério corresponde à validade do construto, ou seja, à utilização de múltiplas fontes de evidências e estabelecimento de um encadeamento das evidências. O segundo critério, validade interna da pesquisa, ocorreu por meio da saturação teórica dos dados e, o terceiro, a validade externa, deu-se pela identificação de algum grau de generalização das descobertas do estudo, comparando-se os resultados com conclusões de outras pesquisas, também desenvolvidas sob o mesmo marco conceitual aqui utilizado. O último critério é o da confiabilidade, ou seja, a partir da descrição clara dos procedimentos utilizados para desenvolver a pesquisa e das escolhas teórico-metodológicas realizadas, afirma-se que ao conduzir o mesmo estudo de caso outro pesquisador chegará a conclusões similares.

Participaram dos GFs 18 usuárias. No Quadro 2 é apresentado o perfil desse grupo, destacando-se as principais características de cada usuária.

| GF – Usuárias | Idade (anos) | Cor – autodeclarada | Escolaridade | Situação conjugal | Situação ocupacional | Motivos da busca pela consulta ginecológica | Nível de atenção em que buscou atendimento ginecológico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GF 01 | 21 | Branca | Ensino superior incompleto | Solteira, nulípara, mora com pais. | Estudante | CP, métodos contraceptivos e dor na relação sexual | APS |
| GF 02 | 57 | Branca | Ensino fundamental incompleto | Casada, dois filhos | Aposentada, atua como copeira | CP, MMG, secura vaginal | APS |
| GF 03 | 34 | Parda | Ensino médio completo | Casada, um filho | Autônoma (trabalha por conta própria) | CP, métodos contraceptivos e sangramento fora ciclo menstrual | ASS |
| GF 04 | 27 | Parda | Ensino médio completo | Solteira, nulípara, mora com pais | ACS | CP, tratamento de Condiloma vaginal | ATS |
| GF 05 | 54 | Branca | Ensino médio completo | Casada, um filho | ACS | CP, MMG, sintomas da menopausa, nódulo no seio | ASS |
| GF 06 | 65 | Branca | Ensino fundamental incompleto | Separada, seis filhos | Aposentada e do lar | CP, MMG, exames | APS |
| GF 07 | 55 | Branca | Ensino médio completo | Casada, um filho | Telefonista | CP, MMG e mioma uterino | ATS |
| GF 08 | 21 | Branca | Ensino superior incompleto | Solteira, nulípara, mora com pais | Estudante | CP, métodos contraceptivos, corrimento vaginal | APS |

| GF09 | 22 | Parda | Ensino médio completo | Solteira, nulípara, mora com pais | Estudante | CP, dor e desconforto na relação sexual | APS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GF10 | 59 | Branca | Ensino médio completo | Casada, um filho | Aposentada e presidente do Conselho da Mulher na comunidade | CP, MMG e corrimento vaginal | APS |
| GF 11 | 21 | Branca | Ensino médio completo | Solteira, nulípara, mora com os pais | Costureira (trabalha por conta própria) | CP e nódulo mama | ASS |
| GF12 | 52 | Negra | Ensino fundamental incompleto | Amasiada, três filhos. | Vendedora | CP, MMG. | APS |
| GF13<br>43 | | Branca<br>Ensino médio completo | | Casada, dois filhos | Autônoma (trabalha por conta própria) | CP, sangramento fora do ciclo menstrual | APS |
| GF14 | 30 | Branca | Ensino médio completo | Casada, um filho | ACS | CP e sangramento fora do ciclo menstrual | APS |
| F15 | 50 | Branca | Ensino fundamental completo | Casada, dois filhos | Ambulante (trabalha por conta própria) | CP, MMG e sangramento fora do ciclo menstrual | APS |
| GF16 | 32 | Branca | Ensino médio completo | Casada, dois filhos | Artesã (trabalha por conta própria) | CP, métodos contraceptivos, sangramento fora do ciclo menstrual e corrimento vaginal | APS |
| GF17 | 64 | Branca | Ensino fundamental incompleto | Casada, três filhos | Aposentada e do lar | CP e MMG | APS |
| GF18 | 72 | Branca | Ensino fundamental incompleto | Viúva, 11 filhos | Aposentada e do lar | MMG, mioma uterino | ATS |

Quadro 2. Características das usuárias participantes dos GFs.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em se tratando das características das 18 usuárias participantes dos GFs, identificamos, quanto à faixa etária, que 05 participantes possuíam entre 21 e 29 anos (27,7%); 03 entre 30 e 39 (16,6%); 01 entre 40 e 49 anos (5,5%); 06 têm entre 50 e 59 anos (33,6%), representando a maior concentração etária, 02 entre 60 a 69 anos (11,1%) e 01 com 72 anos (5,5%). Essa diversidade etária exige dos profissionais de saúde sensibilidade e competência para lidar com diferentes contextos de vida e necessidades de saúde.

Destaca-se que, neste estudo a proporção de participantes em idade reprodutiva (de 21 a 49 anos), correspondeu a 09 usuárias (50%), enquanto que no período de climatério e /ou menopausa (de 50 a 60 anos) foram 06 mulheres (33%) na fase idosa, ou seja, a partir dos 60 anos, a pesquisa contou com 03 mulheres (17%).

Em se tratando da variável cor da pele, autodeclarada pelas usuárias participantes da pesquisa, 14 se identificaram como sendo da cor/raça branca (78%), enquanto que 03 mulheres de cor parda (17%) e apenas 01 se declarou de cor/raça negra (5%).

Quanto à escolaridade, 10 usuárias (55,5%) possuíam ensino médio completo, 05 tinham ensino fundamental incompleto (27,7%), apenas 02 ensino superior incompleto (11,1%) e 01 têm ensino fundamental completo (5,5%).

Outra característica que merece destaque é a situação conjugal, identificamos que 10 usuárias eram casadas (56%), 05 solteiras (29%), 01 união estável (5%), 01 separada (05%), e 01 viúva (05%). Observa-se que as demandas ginecológicas de mulheres em situação familiar casada e/ou solteira são diferentes das demandas de viúvas e separadas.

As participantes, em sua maioria, trabalhavam em empregos formais, 12 usuárias (66%), apenas 03 (17%) estavam aposentadas e 03 (17%) eram estudantes.

Em se tratando do número de filhos, as usuárias idosas, acima de 60 anos, foram as que mais tiveram filhos, uma usuária teve 11 filhos, a segunda com maior número foram 06 filhos, e a terceira usuária 03 filhos. Nota-se que as mulheres que estavam no período reprodutivo são as que menos tiveram filhos.

Vale lembrar, no entanto, que os motivos por acesso às consultas ginecológicas, nos diferentes momentos do ciclo de vida das usuárias (reprodutivo, climatério/menopausa e idosa), em sua maioria, estavam focados mais no rastreamento do câncer de colo de útero. Os dados mostraram que 17 usuárias (94%) acessaram as consultas para fins de coleta do exame citopatológico do colo do útero.

Evidenciou-se também, que as usuárias que estavam na faixa etária reprodutiva (de 21 a 49 anos), tinham como principal motivo da busca por acesso às consultas ginecológicas a coleta do exame citopatológico do colo do útero, totalizando 09 usuárias (100%); o segundo motivo esteve relacionado à dor e desconforto na relação sexual, sangramento fora do ciclo menstrual e corrimento vaginal, referido por 08 usuárias (89%); o terceiro motivo citado foi o uso de métodos contraceptivos 04 participantes (44%); O quarto motivo de acesso às consultas, 02 usuárias (22%), buscavam os serviços para tratamento de condiloma vaginal e nódulo mamário, sendo uma em fase de confirmação diagnóstica e outra em tratamento medicamentoso.

No entanto, mulheres em período de climatério e/ou menopausa (de 50 a 60 anos) apresentavam como principais motivos da busca por acesso às consultas ginecológicas, a coleta do exame de citopatológico do colo do útero 06 mulheres (100%), e exames mamográficos 06 mulheres (100%), seguido de sangramento fora do ciclo menstrual, corrimento vaginal e secura vaginal 04 mulheres (67%).

Em se tratando das mulheres idosas (acima de 60 anos), o principal motivo da busca por acesso a consulta foi para realização de exames mamográficos 03 mulheres (100%), coleta do exame citopatológico do colo do útero 02 mulheres (67%).

De modo geral, os dados sugerem que, o principal motivo da busca por acesso às consultas ginecológicas para 17 participantes (94%) foi o rastreamento do câncer de

colo de útero; o segundo motivo da busca por consultas para 12 mulheres (67%) esteve relacionado à dor e desconforto na relação sexual, secura vaginal, sangramento fora do ciclo menstrual e corrimento vaginal; o terceiro motivo de acesso foi para realização de exames mamográficos, 09 usuárias (50%) das participantes da pesquisa.

Em se tratando do nível de atenção acessado em busca do atendimento as suas necessidades de saúde, 12 mulheres (66%) buscaram os serviços na APS; 03 acessam os serviços da ASS (17%); e 03 participantes necessitaram dos serviços da ATS (17%).

## 4 I ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A interpretação das informações foi orientada pela análise de conteúdo de Minayo (2014), utilizando-se como guia os objetivos da pesquisa e o referencial teórico que a embasa que, dialoga com integralidade da atenção e as necessidades de saúde das mulheres, e com foco nas redes de atenção à saúde (AYRES, 2009b; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006; MENDES, 2010). A análise considerou os dados empíricos respeitando-se suas especificidades histórico-culturais e sociais. Operacionalmente, a análise desdobrou-se em três etapas descritas nos parágrafos que seguem.

Na etapa de pré-análise, foram realizadas leituras exaustivas e flutuantes das informações produzidas pelos GFs, entrevistas semiestruturadas e observações diretas. A imersão no conteúdo dessas informações possibilitou chegar-se ao *corpus* do universo estudado. No *corpus* foram contempladas as principais características desse universo e os temas mais significativos da pesquisa. Em um segundo momento, aliado à leitura exaustiva das transcrições geradas e os registros originados pelos diários de campo, possibilitou a escolha dos materiais a serem analisados em acordo com os objetivos iniciais do estudo.

Na etapa de exploração do material buscou-se categorizar o conteúdo das informações mais significativas, agrupando-as conforme semelhanças e diferenças. Para facilitar a organização e análise das informações foi utilizado o *software* NVIVO®, versão 11. Esta ferramenta computacional foi muito útil, uma vez que a pesquisa contou com uma quantidade considerável de informações, as quais tiveram de ser cruzadas para fins de análise. Através do auxílio do *software*, o material empírico foi analisado, organizado com categorias e subcategorias. Em decorrência desta etapa, emergiram categorias descritivas, sendo que a primeira foi desdobrada em três subcategorias a fim de facilitar o processo de análise e de apresentação dos resultados.

A última etapa do processo de análise consistiu na intepretação dos resultados a partir do desenho da pesquisa e articulando-se o material empírico com o referencial teórico que a embasou, buscando respostas para os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2014).

## 5 I CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Seguindo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, os participantes foram esclarecidos sobre os procedimentos que seriam adotados na pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios da sua participação (BRASIL, 2012b).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP da UDESC, via sistema Plataforma Brasil. Somente após o parecer favorável do CEP e autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da Atenção Hospitalar, por meio da Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas, iniciou-se a coleta de dados. A participação na pesquisa teve caráter voluntário.

A coleta dos dados ocorreu posterior aos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo pela pesquisadora, e da leitura e assinatura do termo. O TCLE informou aos prováveis participantes sobre: a confidencialidade da pesquisa (anonimato e sigilo das informações), o acesso às pesquisadoras para quaisquer esclarecimentos; a possiblidade de desistência da participação a qualquer momento do processo da investigação, sem que isto implicasse em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto e sobre o respeito aos princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade. As gravações das entrevistas e dos GFs foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos e depois destruídos.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, foi utilizado nas transcrições um código alfanumérico composto pelas iniciais de evidência utilizada para produção de dados. Para as entrevistas foi usada a letra E, seguida das iniciais da profissão: profissional médico (PM) e profissional enfermeiro (PE), seguido de um número cardinal que expressa a numeração da entrevista e categoria profissional, por exemplo, EPM 01, E de entrevista, PM de profissional médico, 01 sequência numérica, e assim sucessivamente para com todos os profissionais e produção de dados. Em se tratando dos coordenadores entrevistados, os quais eram os únicos a atuar na coordenação dos serviços, não foi possível garantir o anonimato mediante a utilização do mesmo recurso utilizado na identificação das falas dos demais participantes da pesquisa. A dificuldade em garantir esse anonimato era prevista, considerando a estrutura organizacional da rede, e conhecida pelos coordenadores no momento da assinatura do TCLE. Os riscos foram amenizados a partir do uso de siglas, sem o uso de sequência numérica. Assim, as coordenações dos diversos níveis de atenção foram identificadas com as seguintes siglas: diretor da atenção básica (DAB); coordenador da atenção básica (CAB); coordenador da atenção especializada (CAE); coordenador da atenção hospitalar, dividido em – coordenador do setor de ginecologia e obstetrícia (CSGO) e coordenadora de enfermagem hospitalar (CEH). Além dessas identificações, foi necessário indicar o nível de atenção no qual cada profissional atuava. Assim, as falas dos profissionais da atenção primária de saúde foram identificadas com a sigla APS, da atenção secundária com a sigla ASS e da atenção terciária com a sigla ATS.

Em relação às usuárias participantes do grupo focal, essas foram nomeadas pelas letras UGF (usuária – grupo focal), seguindo-se a sequência numérica, por exemplo, (UGF1, UGF2... UGF18). A observação direta (OD) foi identificada, também, pelos níveis dos serviços da RAS seguidos de uma sequência numérica, ficando assim nomeados: na atenção primária de saúde (OD1-APS... OD4-APS), atenção secundária de saúde (OD1-ASS... OD3-ASS) e atenção terciária de saúde (OD1-ATS... OD3-ATS). A figura 8 ilustra a codificação para garantia do anonimato dos participantes.

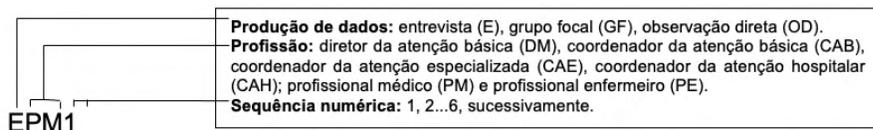



Figura 8. Exemplo de código alfanumérico para garantia do anonimato dos participantes da pesquisa.

Fonte: Produção da autora (2018).

Visando evitar algum desconforto, todas as entrevistas, e também os encontros de GFs aconteceram a partir de agendamento prévio, combinado com os participantes da pesquisa. Além disto, em relação às questões propostas nas entrevistas e nos GFs, a pesquisadora esclareceu, antecipadamente, que, caso alguma delas gerasse desconforto ou constrangimento, os participantes poderiam se negar a respondê-las/discuti-las, sem qualquer ônus.

Também foram adotados cuidados éticos nas observações, momentos em que a presença da pesquisadora na consulta ginecológica poderia gerar constrangimento tanto para a usuária quanto para o profissional de saúde. Antes de entrar no consultório a pesquisadora, solicitou, a cada profissional e a cada usuária, autorização para permanecer assistir a consulta. Durante todo o processo de atendimento a pesquisadora não interferiu na sua dinâmica. Foi explicado para cada usuária o objetivo da observação e apresentado o roteiro de observação.

Durante todos os procedimentos do processo de geração de informações (entrevista semiestruturada – gravação de áudio), observação direta (anotações em diário de campo) e o grupo focal (gravação de áudio), a pesquisadora buscou minimizar ao máximo quaisquer desconfortos, respeitando sempre os princípios da autonomia, dignidade e liberdade de cada participante decidir ou não pela continuidade do processo.

Nenhum dos participantes teve custo algum no processo investigativo, tão pouco foi cobrado ou beneficiado por qualquer meio de retribuição, pagamento. Os custos da pesquisa ficaram a cargo da pesquisadora responsável.

# CAPÍTULO 4

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção apresento e discuto os resultados da pesquisa, considerando seus objetivos e tendo como base os referenciais teóricos que a embasam. Inicialmente, destaco os dados extraídos da observação direta nos "**Cenários de atenção à saúde ginecológica na RAS de Chapecó/SC**", mostrando os atores e as condições em que são realizadas essas consultas na atenção primária, secundária e terciária de saúde.

Na sequência, apresento duas categorias que emergiram da análise dos dados obtidos pelos diversos instrumentos. A primeira aborda as "**As necessidades de saúde que motivam a busca pelo atendimento e a capacidade resolutiva da rede de atenção à saúde ginecológica**" apresentando as práticas de integralidade na atenção à saúde ginecológica. Para tanto utilizo da metáfora do "*corpo arquipélago*", ou seja, *"pequenas ilhas"* de cuidados ofertados, para representar o trabalho em saúde realizado por gestores e profissionais de saúde da região em estudo. Neste cenário destaca-se que há mais ênfase de cuidados com alguns órgãos do corpo feminino, revelando entre outros aspectos, a fragmentação do cuidado à saúde das mulheres na rede de atenção.

A segunda categoria "**A organização da rede pública de atenção** à saúde ginecológica **no Oeste Catarinense para atender as necessidades de saúde das usuárias**" apresenta como a rede pública de atenção em saúde articula o atendimento às necessidades de saúde das mulheres expressas em consultas ginecológicas em serviços de referência e contrarreferência. Os participantes da pesquisa revelaram a importância do uso das tecnologias de informação, destacando a utilização do prontuário eletrônico integrado, como um dispositivo que potencializaria a continuidade do cuidado entre profissionais e diferentes níveis de atenção à saúde.

### 1 I CENÁRIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE GINECOLÓGICA NA RAS DE CHAPECÓ/SC

A descrição do cenário da atenção à saúde ginecológica da RAS do Oeste catarinense, aqui apresentada, é resultado da observação direta dos processos de atendimento em consultas ginecológicas. As observações foram realizadas pela pesquisadora em serviços que compõem essa rede em nível primário, secundário e terciário, representados na pesquisa pela CISF Efapi**,** pela Clínica da Mulher Chapecoense e pelo Hospital Regional do Oeste, respectivamente.

O objetivo foi trazer à tona os elementos que, no momento da pesquisa, configuravam o processo de atendimento das usuárias em consultas ginecológicas, desde a recepção até o atendimento propriamente dito. Considerei este processo como representativo dos cenários das

consultas ginecológicas realizadas no contexto estudado. O processo de atendimento em consultas ginecológicas que foi observado incluiu: o acesso ao serviço de saúde, a recepção das usuárias e a classificação de risco, o tempo de espera para atendimento, a chamada no consultório, os recursos tecnológicos disponibilizados, o diálogo usuária-profissional, o motivo de busca por atendimento e a duração da consulta ginecológica.

Busquei gerar informações que subsidiassem a compreensão de como essas consultas se processavam e, também, para análise das aproximações e distanciamentos do cuidado produzido com o princípio da integralidade em saúde. Mais adiante, tais subsídios serão trazidos novamente para a análise, numa articulação com as informações geradas no processo de escuta do que foi vivido nestes cenários pelos seus principais atores.

## 1.1 Consultas ginecológicas em nível primário de saúde: *um combo de ofertas de cuidado*

A observação do cenário da atenção à saúde ginecológica focalizou, primeiramente o contato inicial das usuárias com a RAS, realizado com a finalidade de procurar atendimento para suas necessidades de saúde ginecológica. Assim, este processo iniciou no serviço de atenção básica que participou do estudo, CISF Efapi. Partiu-se do pressuposto de que esta devia ser a principal porta de entrada das usuárias no sistema de saúde.

A observação direta permitiu identificar que era possível **acessar** a atenção ginecológica no CISF Efapi, mediante três ofertas: consulta ginecológica previamente agendada, consulta para atendimento de casos agudos e consulta de livre demanda. Na consulta previamente agendada, a marcação podia ser realizada pela própria usuária e/ou familiar, de acordo com a disponibilidade de vagas de atendimento dos médicos e enfermeiros. Consultas agendadas com a enfermeira apresentavam um tempo médio de 20 dias de espera, enquanto que com o médico ginecologista, a espera era de, aproximadamente, 25 dias.

Na segunda forma de acesso, casos de atendimento de problemas ginecológicos agudos, a usuária era acolhida pelo técnico de enfermagem e pela enfermeira procedendo à classificação de risco. A avaliação do quadro levava em consideração queixas e sinais vitais. Após avaliação, se confirmada a situação, geralmente a usuária era orientada a buscar atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), anexa ao CISF Efapi. Nestes casos também era possível ser atendida no próprio CISF, desde que houvesse disponibilidade de encaixe do atendimento na agenda do médico ginecologista da unidade de saúde.

A terceira forma de acesso acontecia como atendimento de livre demanda, que consistia em uma conversa rápida com a enfermeira, para fins de esclarecimentos e orientações. Nesta modalidade de atendimento, não era necessário agendamento, apenas aguardar um espaço para atendimento entre uma consulta e outra. O atendimento de

livre demanda não fazia parte da agenda do médico ginecologista, o que foi justificado, em conversa informal com os técnico-administrativos, pelo tempo menor programado no sistema para a consulta deste profissional, 15 minutos para cada atendimento.

Em se tratando do **acolhimento das usuárias** pelos técnicos-administrativos do CISF estudado, foi possível identificar que o rastreamento do câncer de colo uterino era a principal ação ofertada às usuárias. No período observado, as mulheres que buscavam no serviço o rastreamento do Câncer de Colo de Útero (CCU) agendavam na recepção a consulta com a enfermeira, profissional responsável pela coleta. Algumas usuárias demonstravam insegurança quando, no agendamento da consulta, informavam que seriam atendidas por profissional por quem não haviam sido ainda atendidas para realização do exame citopatológico – *"a outra enfermeira não tá mais, sempre fiz o exame com ela"*.

Ainda com relação à recepção das usuárias no serviço, a observação evidenciou que havia uma espécie de "combo de cuidados ginecológicos" a ser disponibilizado pelos técnico-administrativos logo na chegada da usuária. Ao agendar uma consulta, os técnicos deixavam claras as opções de ofertas disponíveis no serviço: "*a senhora quer fazer o preventivo, renovar a receita ou tem outro problema ginecológico*"[1].

A restrição das ofertas não se limitava ao procedimento em si, mas, também, à definição, conforme o grau de complexidade, de quem seria a responsabilidade de atender a necessidade expressa pela usuária no momento do agendamento. À enfermeira cabia a coleta do "*exame preventivo*" e a "*renovação de receita*", ações que, na hierarquia dos saberes em saúde, podem ser realizadas por profissional generalista, detentor de conhecimentos básicos e de protocolos assistenciais em ginecologia. Seguindo a mesma perspectiva, o atendimento ao "*problema ginecológico*", cabia ao profissional médico.

Constatou-se também, que a consulta do profissional enfermeiro, centrava-se em ações de cuidado preventivo e aspectos fisiopatológicos, dentre os quais, a coleta do exame citopatológico, renovação de receitas para métodos contraceptivos e o exame clínico das mamas, na presença de queixas clínicas. Por outro lado, a consulta ginecológica realizada por profissional médico, centrava-se no diagnóstico, na análise de resultados de exames, na prescrição de novas receitas medicamentosas, atestados médicos, e encaminhamentos às demais especialidades médicas. Alguns itens fundamentais na consulta ginecológica, tais como conhecer o histórico das mulheres, suas relações sociais, exercício da sexualidade, alterações físicas e emocionais, entre outros, foram atividades pouco observadas em campo.

A observação direta identificou a ausência de privacidade na recepção das usuárias neste serviço. Perguntas sobre os motivos da busca por atendimento eram feitas sem nenhuma preocupação com os possíveis constrangimentos que as respostas, referidas em

1 As falas dos sujeitos apresentadas no decorrer deste tópico, entre aspas, referem-se as falas registradas em diário de campo pela pesquisadora durante as observações nos cenários de atenção à saúde ginecológica.

público na fila de espera, poderiam gerar.

Na sequência do atendimento, a usuária era orientada a passar na **sala de classificação de risco**. Nessa sala, eram verificados os sinais vitais e redigidos no prontuário clínico, via sistema eletrônico. Esse atendimento era realizado por um técnico de enfermagem, que chamava a usuária pelo nome e sobrenome, conforme ordem de chegada indicada no sistema eletrônico do serviço. Posteriormente, a usuária aguardava no corredor a chamada para consulta com a enfermeira. Salvo em caso de gestante ou de mulheres que usavam o Dispositivo Intrauterino (DIU), as quais eram atendidas pelo médico ginecologista, todas as demais usuárias que compareciam ao CISF para realização do exame citopatológico eram atendidas pela enfermeira.

Em média, **o tempo de espera para atendimento** com os profissionais (médica e enfermeira), foi superior à duração da própria consulta. Em média as usuárias aguardavam entre 15-20 minutos para consultar com a enfermeira, e de 20-30 minutos com a médica. Não se observou qualquer ação educativa com as usuárias neste período de espera pelo atendimento.

Na sequência do atendimento, algumas vezes, os profissionais chamavam as usuárias para entrar no consultório, sentados atrás da mesa, outras vezes eles se moviam até à porta, chamando-as pelo nome, cumprimentando-as com um sorriso e um aperto de mão. Nenhum profissional de saúde se apresentou à usuária, nem pelo nome, nem pela profissão. Observou-se, também, que dois profissionais médicos não utilizavam o jaleco e o crachá quando em atendimento no consultório. O jaleco é um item de proteção individual de uso obrigatório no âmbito dos serviços de saúde, também ajuda a identificar a pessoa como profissional de saúde, especialmente, nas situações em que o crachá não é utilizado, e/ou o profissional não se apresenta à usuária.

Entre os **recursos tecnológicos disponibilizados** nas consultas da APS, merecem destaque, o prontuário eletrônico integrado e os relativos à frágil ambiência física de alguns consultórios. Todos os consultórios eram pequenos, pouco iluminados e arejados, a ventilação ocorria em pequenas janelas basculantes. Três consultórios possuíam climatizador de ambiente, porém, permaneceram desligados, durante a observação direta. O quarto consultório era um depósito de materiais transformado em consultório ginecológico, não possuía banheiro e/ou climatizador de ambiente. Neste consultório, o espaço é limitado, por exemplo, para a coleta de exame de citopatológico (CP) é necessário afastar a cadeira da usuária, fechar o biombo para conseguir acomodar a banqueta giratória. Duas mesas ginecológicas apresentavam sinais de ferrugens. Três consultórios possuíam um banheiro e uma pia para higienização das mãos, contudo, não foram disponibilizados às usuárias. Durante a observação, um biombo permaneceu fechado, dois foram abertos somente no momento da coleta do exame, e o quarto consultório não possuía biombo. Nenhum consultório possuía cabideiro e/ou lençol para ofertar às usuárias. A retirada das

vestimentas acontecia em frente à mesa do profissional de saúde e as roupas colocadas sobre a cadeira da usuária. Duas usuárias utilizaram o casaco de moletom, considerando que estávamos na estação do ano inverno, para cobrir parte do corpo exposta e deslocar-se à mesa ginecológica.

Destacou-se o recurso, prontuário eletrônico da usuária, que permitiu visualizar dados pessoais anteriores e informações atuais, como: histórico familiar, antecedentes menstruais e sexuais, métodos contraceptivos, última coleta do exame CP e autoexame de mama (AEM). Informações importantes para tornar o prontuário clínico eletrônico mais completo não foram registradas pela maioria dos profissionais de saúde. São elas: anamnese e exame físico detalhado, exames complementares solicitados, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, plano de cuidados, intervenções curativas realizadas, e a evolução clínica da usuária.

Neste contexto, se, por um lado, o prontuário eletrônico, mediante protocolo de atendimento, limitava o **diálogo usuária-profissional** à queixa-do-dia, existiu por parte de profissionais enfermeiros a preocupação em permitir e instigar o diálogo aberto, buscando, por meio de questionamentos, identificar o motivo da consulta, para além de aspectos biológicos, relacionados à "vida de mulher", tais como: trabalho, renda, relacionamentos afetivos, formação escolar, religião, lazer, prática de esportes, hábitos alimentares, foram observados em consulta.

Ainda em relação ao diálogo, alguns profissionais de saúde estavam atentos à comunicação verbal e não verbal, olhando continuamente para a usuária, parecendo compreender a linguagem corporal da usuária – gestos, expressões faciais, postura, etc. Por exemplo, "*a senhora disse que não tem dor na relação sexual, mas fez uma cara de dor ao falar no assunto, me conte mais"*, foi uma atitude que parece ter transmitido confiança e aumentando o vínculo entre a usuária e o profissional. Em contrapartida, dois profissionais, enquanto conversavam com as usuárias, além de não olhar, olho-no-olho, aproveitavam para registrar no sistema as informações obtidas. Ao mesmo tempo, sinalizavam com a cabeça um movimento de escuta, verbalizando um "*aha*".

Alguns profissionais enfermeiros dialogavam com as usuárias, por exemplo, antecipando as etapas de coleta do exame de CP, "*agora vou introduzir o espéculo, vais sentir um leve desconforto"*. A observação permitiu identificar que estes mesmos profissionais se preocupam em facilitar a privacidade das usuárias ao se despirem, orientando-as a tirar inicialmente a parte de cima da roupa para realizar o exame clínico das mamas (ECM) e, após o exame, a recolocarem a roupa nesta parte do corpo, para somente em seguida retirarem a parte debaixo da roupa e se deitarem na maca ginecológica para a coleta de material para o CP. Este mesmo cuidado não se repetiu nas consultas realizadas por profissionais médicos. Estes solicitavam que as usuárias se despissem completamente e se deitassem na cama. Nestes casos, as usuárias ficavam expostas, e pareciam

constrangidas. Nos consultórios e nas consultas observadas não havia qualquer recurso, lençol, por exemplo, que pudesse cobrir a parte do corpo das usuárias que não estava sendo examinada.

Além disso, observou-se que o profissional de saúde não disponibilizava o banheiro para que a usuária pudesse despir-se e guardar suas roupas e, posteriormente ao exame de CP, fazer sua higiene íntima. Assim, a usuária precisava despir-se em frente à mesa do profissional, colocando suas roupas na cadeira, sobre a mesa do próprio profissional ou no chão.

A porta do consultório nem sempre era trancada pelo profissional de saúde, o que provocava certo desconforto e insegurança à usuária, anunciado na fala, "*será que alguém vai entrar?"*. Em geral, era somente neste momento que o profissional tomava a iniciativa de trancar a porta. Em uma das consultas o profissional referiu: "*quando iniciar a coleta, tranco a porta"*.

Uma característica importante das consultas, recorrente nas observações, foi a relativa desvalorização do cuidado às mamas, na comparação com a ênfase ao útero e aos ovários. Alguns profissionais de saúde questionavam as usuárias se as mesmas realizavam a autopalpação das mamas e, no caso de resposta positiva, apenas registravam a resposta no sistema e orientavam a manter a conduta: "*ótimo, se a senhora faz a palpação não vou repetir o exame"*. O exame clínico das mamas não era, assim, priorizado, sendo realizado somente na presença de queixa clínica ou sinais e sintomas evidentes de algum problema relatados pela usuária. Assim, na maioria das vezes, apesar de estarem incluídas na anamnese, as mamas não eram devidamente valorizadas nos exames físicos.

Na maioria das consultas ginecológicas observadas, o que motivou **a busca por atendimento** foram demandas incluídas no que aqui está sendo denominado dê combo de ofertas de cuidados: exame citopatológico, queixas e desconfortos sexuais e métodos contraceptivos.

Com relação **ao tempo de duração das consultas**, estas duraram, em média, 9 minutos e 32 segundos. A consulta de maior duração foi de 15 minutos e 30 segundos e a de menos duração foi de 4 minutos e 13 segundos. As consultas realizadas por enfermeiras foram as mais longas. O tempo destinado na agenda do enfermeiro para realização da consulta foi de 40 minutos e médico de 30 minutos, não cumprindo o que foi proposto para cada horário.

### 1.2 Consultas ginecológicas em nível secundário de saúde: *cuidados centrados no ato curativista e medicamentoso*

As observações do processo de atendimento em consultas ginecológicas no serviço especializado, Clínica da Mulher evidenciaram diferenças entre esse e o processo na atenção básica.

Com relação ao **acesso ao serviço,** observou-se que as usuárias ou eram encaminhadas pela APS ou por seguimento pós-operatório do nível terciário. Nas observações foi possível identificar que as ofertas de cuidado centravam-se ao diagnóstico confirmatório de alguma patologia, demandando, portanto, atendimento nas especialidades médicas de mastologia e ginecologia.

Na Clínica da Mulher, as usuárias eram **acolhidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem**, que aproveitavam a presença da usuária para atualizar seu prontuário eletrônico, tendo em conta que este se achava integrado à rede de atenção primária. A observação identificou que neste serviço, as usuárias não eram sujeitos de diagnósticos e registros de enfermagem. Dessa forma, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), fundamentais para uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada não foram observados nesse serviço.

Informações importantes, como motivos para o encaminhamento e história prévia e queixas e necessidades de saúde não eram levantadas pela equipe de enfermagem, responsável por receber a usuária neste primeiro contato com o serviço. Cuidados básicos de enfermagem, como a verificação dos sinais vitais, para fins de **classificação de risco,** também não fazia parte da rotina do serviço.

Além disso, observou-se, também, a pouca inserção da enfermagem no cuidado às usuárias que buscavam atendimento no serviço. Como o enfoque era clínico e cirúrgico, o cuidado era limitado aos saberes médicos, desconsiderando-se o potencial da equipe de saúde para ampliar o escopo do cuidado e para a promoção da saúde. As informações coletadas nas observações sugerem que o trabalho no serviço era orientado por uma compreensão biomédica de saúde, na qual o médico e a doença são, tradicionalmente, centrais.

O **tempo de espera para atendimento** especializado foi mínimo, em virtude da modalidade de atendimento, ou seja, consultas previamente agendadas.

Vale ressaltar que todos os profissionais de saúde **chamavam as usuárias** ao consultório para atendimento pelo nome e sobrenome. Alguns cumprimentavam com aperto de mãos, outros apenas expressavam sorriso. O acompanhante era convidado a participar das consultas e parecia ser bem-vindo pela equipe de saúde. A usuária e o acompanhante eram convidados a entrar no consultório e a sentar-se em duas poltronas em frente à mesa do profissional de saúde. Logo, o sistema era aberto e o profissional realizava uma breve leitura da história prévia da usuária e do motivo do encaminhamento, normalmente, apresentado em breves palavras, dando ênfase aos achados relacionados à doença. Alguns **motivos de encaminhamentos**, identificados durante as observações foram: "*colo do útero com neoplasia intra-epitelial cervical de alto grau*"; "*mioma uterino acima de 300 cm$^3$ com sangramento vaginal intenso"*; e "*nódulo na mama D"*, entre outros.

Entre os **recursos tecnológicos disponibilizados** nas consultas especializadas, merecem destaque, o prontuário eletrônico integrado e os relativos à ambiência física do serviço. Todos os consultórios ginecológicos eram amplos, bem iluminados e arejados, com móveis em bom estado de conservação e harmonicamente distribuídos na sala. Os consultórios possuíam um banheiro, uma pia para higienização das mãos, lençol para proteger a usuária durante o exame físico, cabideiro para colocar as roupas pessoais, um biombo que permanecia aberto durante todo o atendimento, separando os ambientes, maca de consulta ginecológica e mesa de atendimento do profissional de saúde. O ambiente do consultório era, assim, agradável e confortável para todos.

Nas consultas observadas, **o diálogo usuária-profissional** (ginecologista ou mastologista), era focado no motivo do encaminhamento, ou seja, na confirmação da doença ou em cuidados pós-cirúrgicos. O exame físico era limitado à parte do corpo onde a doença tinha se manifestado, por exemplo, nas mamas, em caso de presença de nódulo. Outras partes do corpo não eram consideradas importantes no acesso a possíveis necessidades e/ou problemas de saúde. Em função da limitação no foco dos atendimentos, o **tempo de duração das consultas** era, geralmente, inferior ao disponibilizado pela agenda, com duração média de 10-14 minutos.

Nas situações em que a doença se confirmou, e o tratamento era de cunho cirúrgico, a usuária recebeu encaminhamento de consulta pré-cirúrgica, preparo pré-operatório e a guia de procedimento cirúrgico. Observou-se que apenas um profissional orientou como seria o procedimento, a recuperação e o cotidiano desta usuária pós-cirurgia, ainda que, a ênfase no cuidado curativista esteve presente na fala do profissional “*se a senhora não tirar o útero vai morrer sangrando”* (ODASS03).

Notou-se, também, que há uma *expressão de inconformismo* das usuárias ao questionarem o profissional de saúde sobre a data aproximada da cirurgia, e obterem como resposta, entre 6-8 meses de espera para a realização do procedimento cirúrgico. As expressões corporais de desagrado e incerteza, mediante demora do procedimento cirúrgico, estampavam as faces das usuárias. A justificativa dos profissionais de saúde sobre o tempo de espera foi a mesma, em todas as situações vivenciadas, “*a senhora tem convênio SUS, não é a única da fila”* (ODASS03).

### 1.3 Consultas ginecológicas em nível terciário de saúde: *entre a tecnologia de ponta e a (in) certeza do atendimento*

Como integrante da RAS, o Hospital Regional do Oeste desempenha funções em nível terciário no atendimento das usuárias, envolvendo-se com problemas de alta complexidade e articulando-se, parcialmente, com os serviços de níveis primário e secundário. A conclusão tem origem nas informações geradas pela observação do *modus operandi* do serviço.

O **acesso das usuárias ao serviço de saúde terciário** ocorreu por meio de referência do CISF Efapi, da Clínica da Mulher e/ou a partir de uma *regulação tácita da usuária*. A observação identificou que essa modalidade de regulação tácita, ocorreu em situações de demandas espontâneas das usuárias, independente do motivo ou tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço. Nesta modalidade de regulação, a usuária ajustou a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas, de forma oportuna, para o alcance de resultados.

Inevitavelmente, observou-se, também, que, ao acessar o serviço de alta complexidade, independentemente do motivo, referenciada pelos serviços ou regulação tácita, a usuária **necessitou passar pelo setor de pronto socorro** e declarar sua queixa ginecológica. Neste setor, a **recepção da usuária** ocorreu pelo profissional enfermeiro, que realizou a **classificação de risco** pelo Sistema Manchester e definiu a prioridade clínica e a gestão do serviço.

O setor de pronto socorro não possuía uma sala privada para realizar a classificação pelo sistema de triagem de Manchester que, por sua vez, comprometeu a privacidade, a individualidade e intimidou as usuárias no relato de suas queixas ginecológicas. Observou-se que toda a história ginecológica pregressa da usuária foi retomada, pela ausência do prontuário eletrônico integrado com o serviço terciário de saúde.

Posteriormente, nas situações em que a queixa ginecológica exigiu uma avaliação do especialista em ginecologia, a usuária foi encaminhada ao setor de ginecologia e obstetrícia para receber uma segunda avaliação.

Agregado a isso, no prontuário físico da usuária, constava a seguinte anotação, *"solicito avaliação obstétrica*" (ODATS03), entretanto, tratava-se de uma avalição ginecológica. Neste setor de avaliação "obstétrica", o espaço físico foi estruturado pensado nas demandas obstétricas, logo, a usuária com demandas ginecológicas, ficou aguardando no corredor, juntamente, com familiares e acompanhantes das parturientes. Não existe neste serviço uma estrutura específica para atender as demandas ginecológicas, por exemplo, um ambulatório de ginecologia.

Em relação ao **tempo de espera para atendimento** na alta complexidade, observou-se que o processo de atendimento foi longo, moroso e desarticulado. A usuária ficou como *"peça solta"* dentro do serviço, indo e vindo, de um andar para o outro, em busca de solução para sua necessidade de saúde. Em média, o tempo de espera pela consulta foi de 40-60 minutos, o tempo de **duração da consulta** foi de 5-15 minutos, somando 4-6 horas de espera pela retomada de exames laboratoriais e imagens, o processo de atendimento ginecológico encerrou com 10-12 horas após a entrada da usuária no serviço.

Apesar disso, mereceu destaque **os recursos tecnológicos disponibilizados** pelo serviço, dentre os quais, os insumos laboratórios e imagens de ponta, que apoiou o

diagnóstico e a terapêutica da usuária.

As relações dialógicas **entre usuária-profissional**, na alta complexidade, foram mais assimétricas entre os sujeitos, sendo que, o saber formal e científico dos profissionais, sobressaiu-se às experiências e saberes das usuárias.

A observação apontou os principais **motivos de busca pelas consultas ginecológicas na alta complexidade**. Em se tratando da regulação tácita da usuária o motivo da busca estava relacionado com o sangramento vaginal agudo e prolapso uterino. A usuária encaminhada da ASS constava como motivo de consulta "*mioma uterino de 280 cm$^3$ com sangramento importante".*

Neste serviço, foi possível também, observar a contrarreferência da usuária. Constava no encaminhamento à APS a descrição do procedimento cirúrgico, por exemplo, "*histerectomia realizada com sucesso"*, sem maiores informações clínicas que pudessem contribuir para o longitudinalidade do cuidado à usuária na rede de atenção à saúde.

Com isso, as observações diretas, em consultas ginecológicas, realizadas na rede pública de atenção à saúde, no município de Chapecó no Oeste Catarinense, contribuem para apontar dissociações entre a teoria e a prática, incoerente com os princípios e diretrizes do SUS, os quais orientam as políticas vigentes no campo da saúde das mulheres. A rede, configurando-se como um modelo de atenção, muitas vezes, inadequada às necessidades de saúde das usuárias, com ênfase nas doenças típicas das mulheres, que desconsidera a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina.

A consulta ginecológica observada está distante de ser espaço produtivo de cuidado, a maioria dos profissionais de saúde não oportunizou momentos para reflexões e/ou ofertou orientações sobre outros aspectos que envolvem a saúde das mulheres, tais como: ITS, climatério e menopausa, gravidez desejada ou indesejada, métodos anticoncepcionais e sexualidade. Nessa conduta, percebeu-se que o profissional segue um rígido protocolo de atendimento que contempla, basicamente, o rastreamento do câncer do colo do útero, refutando aspectos relevantes da saúde feminina, como as relações sociais de gênero e orientação sexual, a exposição à violência e variadas formas de abuso e /ou exploração sexual, a assistência ao climatério e menopausa, a infertilidade e reprodução assistida, as doenças crônico-degenerativas, a saúde ocupacional, entre outros.

O próximo capítulo faz uma discussão acerca do atendimento das necessidades de saúde e da integralidade e os entraves para sua garantia, bem como as possibilidades para superação dos desafios. Não existe, entretanto, a pretensão de esgotar todas as possibilidades que envolvem os tópicos abordados, mas desenvolver uma discussão acerca de aspectos fundamentais para a efetivação da rede de atenção à saúde ginecológica, no oeste Catarinense.

## 2 | AS NECESSIDADES DE SAÚDE QUE MOTIVAM A BUSCA PELO ATENDIMENTO E A CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE GINECOLÓGICA

Neste capítulo abordam-se as necessidades de saúde ginecológicas expressas pelas usuárias participantes da pesquisa nas consultas ginecológicas ofertadas na RAS estudada e analiso as aproximações e distanciamentos do cuidado produzido com o princípio da integralidade da atenção à saúde. Para tanto, utilizo os conceitos teóricos de Cecílio e Matsumoto (2006) que tratam da noção de necessidades de saúde a partir de uma taxonomia que abrange quatro conjuntos de necessidades: boas condições de vida, acesso e poder para consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional e autonomia no seu modo de levar a vida.

A integralidade constitui-se como um ponto basilar desta pesquisa, como princípio das políticas públicas e práticas de saúde. Pela Lei 8.080/1990 a *integralidade da assistência é* "[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990a, p. 03). Observa-se, a partir disso, que o conceito tem sofrido transformações nas últimas décadas que decorreram desde a criação do SUS e, neste estudo, utilizo a integralidade como *um conjunto de eixos* que, têm buscado fazer dialogar no cotidiano da atenção à saúde das mulheres (AYRES, 2009b).

Um primeiro eixo, *das necessidades*, diz respeito à sensibilidade da escuta, do acolhimento e repostas às demandas de atenção à saúde. O segundo*, das finalidades*, está voltado aos modos de integração entre as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, no sentido de não segmentar essas ações, mas, criar sinergismos que otimizem as ações de cuidado de atenção à saúde. O terceiro eixo, *das articulações*, refere-se aos modos de composição dos saberes interdisciplinares, de equipes e serviços no desenvolvimento de ações estratégicas de atenção. O último eixo, *das interações,* está voltado a aspectos das interações entre sujeitos, encontros dialógicos e intersubjetivos, no cotidiano das práticas (AYRES, 2009b).

Na presente tese, o sentido de cuidado transcende o âmbito técnico dos atendimentos institucionais, independentemente do nível de atenção em que ele se materializa. Essa materialidade se define a partir de relações estabelecidas entre os atores participantes do cenário de práticas que integra as ações e os serviços de saúde. Tal compreensão de cuidado se articula, intimamente, com a noção de integralidade, na medida em que afirma a importância do vínculo entre esses atores, e da resolutividade dos serviços mediante adequada interpretação das demandas apresentadas e da identificação das necessidades singulares que tais demandas expressam (STARFIELD, 2002).

Para contextualizar dados analisados reitero a seguir o modo como foram registradas

as falas. As falas oriundas das entrevistas foram identificadas com a letra E, seguidas das iniciais da profissão – médico (PM) e enfermeiro (PE) – e acompanhadas de um número cardinal que especifica o profissional entrevistado, por exemplo, EPM1 ou EPE1. Além desses registros, foi necessário indicar o nível de atenção no qual cada profissional atuava. Assim, as falas dos profissionais da atenção primária de saúde foram identificadas com a sigla APS, da atenção secundária com a sigla ASS e da atenção terciária com a sigla ATS. As coordenações dos diversos níveis de atenção foram identificadas com as seguintes siglas: coordenação da atenção básica (CAB); coordenação da atenção especializada (CAE); coordenação da atenção hospitalar – coordenador do setor de ginecologia e obstetrícia (CSGO) e coordenadora de enfermagem hospitalar (CEH). Em relação às usuárias participantes do grupo focal, essas foram nomeadas pelas letras UGF, seguidas pelos números de 1 a 18, tendo em conta o número total de usuárias participantes. Os registros das observações diretas das consultas ginecológicas foram identificados, também, a partir de uma sequência numérica, identificando-se, além disso, no nível de atenção em que cada observação ocorreu. Como exemplo, atenção primária de saúde (OD1-APS), atenção secundária de saúde (OD1-ASS) e atenção terciária de saúde (OD1-ATS).

A análise da relação entre as necessidades de saúde ginecológica expressas pelas usuárias e o cuidado ofertado pelos serviços da RAS revelou que a oferta de serviços na lógica da integralidade ainda é uma meta a ser atingida e que isto tem a ver, em grande parte, com os limites que eles apresentam para reconhecer necessidades que extrapolem o que a epidemiologia define como prioridade – colo do útero e mamas. Além disto, os problemas para dar conta do princípio da integralidade também têm a ver com o modo fragmentado com o qual a RAS se estrutura para atender as usuárias, independentemente de qual necessidade de saúde ginecológica é foco do cuidado. O problema da fragmentação da atenção será tratado com mais detalhe no próximo capítulo. Essa fragmentação tem levado, muitas vezes, a desconsiderar-se a usuária como um todo, passando-se a identificá-la como um útero, ou como um par de mamas, genericamente considerados como componentes do corpo de qualquer mulher. Essa falta de uma visão holística impede tanto a percepção do global que constitui uma mulher, que se fragmenta em ilhas e ilhotas, quanto do essencial, que se dissolve nesta fragmentação do corpo feminino (AGUIAR, 2016).

Constituída por um conjunto de “cuidado-objetos”, fragmentos de um determinado corpo feminino, a atenção à saúde ginecológica da RAS estudada, concretizada principalmente em consultas ginecológicas, se assemelha à figura geográfica de um arquipélago, como visualizado por um profissional que atua neste contexto.

> *Compreender a saúde da mulher numa dimensão maior, um bem estar que não é somente físico, mas também é dentro da área do emocional. Senão não adianta, parece que nós temos um arquipélago da ginecologia, várias ilhazinhas, que não se falam muitas vezes entre si* (EPM4-ASS).

A metáfora do arquipélago utilizada no depoimento acima parece apropriada para representar a forma como o corpo feminino se configura como objeto da atenção ginecológica no Oeste catarinense. No modo como é reconhecida no contexto estudado, essa parte é constituída por um conjunto de órgãos com funcionalidade isolada do todo e diferente valorização na definição da de prioridades de cuidado. Tomo esses órgãos como ilhas e ilhotas que formam o Corpo Arquipélago, foco da segmentada atenção à saúde ginecológica no oeste de SC.

Como refere Ayres (2009b, p. 14-18), a segmentação do cuidado não permite que os profissionais reconheçam "[...] a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto". Esse argumento sugere a necessidade de se valorizar as singularidades do sujeito do cuidado para que se possa investir na operacionalização da integralidade da atenção. Neste mesmo sentido, o autor destaca que, para a produção de um cuidado na lógica da integralidade, é preciso vencer o desafio de saber e de fazer [...] o "que" e "como" se pode realizar em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

As ilhas e ilhotas são referidas aqui em um sentido figurado, inspirado na definição que esses termos recebem no campo da geografia. Uma ilha é definida como uma área do relevo que se encontra cercada de água por todos os seus lados (MOREIRA; SENE, 2010). Fazendo uma analogia com a conformação da rede de atenção à saúde ginecológica, no Oeste de SC, a figura de uma ilha nos ajuda a representar o modo fragmentado pelo qual cada usuária é considerada na definição das prioridades de atenção ginecológica: o colo do útero e as mamas.

Além das grandes ilhas, arquipélagos também são constituídos por ilhas menores e de menor importância ou, no caso da saúde ginecológica, de menor evidência epidemiológica. Por analogia com o corpo das mulheres, estas seriam constituídas dos problemas de saúde de menor ênfase, como por exemplo, a ilhota das trompas, a ilhota da vulva, a ilhota do cérebro, entre outros órgãos considerados menos importantes no contexto da saúde ginecológica. Na analogia entre um arquipélago e o corpo feminino, tomado a partir da perspectiva que orienta a atenção à saúde ginecológica no contexto estudado, a água corresponde aos aspectos da vida implicados na saúde das mulheres como um todo. Condições sociais, religião, raça, gênero, trabalho, aspectos emocionais e culturais e todos os outros fatores que conferem contorno à vida e à saúde, comporiam essa água. Como na figura do arquipélago, ao mesmo tempo em que fornece contexto para situar cada ilha ou ilhota, a água funciona como uma espécie de elo comum que liga as ilhas entre si, fazendo-as pertencer ao mesmo arquipélago. Trazer aqui a figura da água tem o intuito de afirmar que, não há como acessar e atender as necessidades de saúde de uma pessoa sem considerar o todo – a pessoa e o contexto que oferta as possíveis configurações da sua vida. O argumento é uma afirmativa da importância da integralidade na atenção à saúde ginecológica e, tendo em conta as informações geradas na presente pesquisa, ao mesmo tempo um alerta de que essa ainda não está suficientemente consolidada.

Figura 9 – Corpo arquipélago da atenção à saúde ginecológica no oeste de SC.

Fonte: A autora (2018).

A análise sugere que os profissionais de saúde que atuam em consultas ginecológicas compreendem as necessidades de saúde ginecológica de forma reduzida, focando determinadas partes do corpo feminino representado acima como ilhas ou ilhotas, e reduzindo as possibilidades de produção de um cuidado integral.

> *Na consulta ginecológica (atenção básica) é realizado primeiro o exame citopatológico, conforme o resultado é solicitado que a paciente retorne para retirar esse resultado com a enfermeira* (ECAB-APS).
>
> *Começo a consulta (atenção básica) com uma entrevista, pergunto a data da última menstruação, pergunto se usa DIU ou não, pergunto se ela utiliza anticoncepcional ou não* (EPE2-APS).
>
> *O atendimento em consulta, (atenção básica) basicamente tá focado na busca por orientação de anticoncepcional, a prevenção do câncer de útero e de mamas* (EPM4-APS).
>
> *Aqui na saúde secundária, basicamente, na consulta ginecológica, acontecem duas coisas, a parte das doenças do útero e das patologias do colo, isso na parte da ginecologia* (EPM8-ASS).

As falas dos profissionais reforçam uma concepção de saúde que há muito já devia ter sido superada, considerando tudo o que já se disse sobre a inadequação de se tomar a saúde como ausência de doença (MERHY; FRANCO, 2003). Na esteira deste equívoco, toma-se saúde ginecológica de modo simplificado, baseada na primazia do conhecimento fisiopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado na doença, contrapondo-se à lógica da integralidade da atenção.

Silva e Vargens (2013) corroboram este argumento ao afirmar a que reduzir a saúde das mulheres a uma abordagem estritamente biologicista, leva a um cuidado meramente tecnicista que tem resultados muito limitados, uma vez que não considera o caráter social da saúde e seus aspectos culturais e subjetivos. Nesse sentido, a análise do cenário estudado indica que é preciso aumentar a sensibilidade e a capacidade de resposta dos serviços que compõem a RAS às necessidades de saúde ginecológica das usuárias. Novos modos de conceber o cuidado deverão resultar desta ampliação, de forma a superar o cuidado centrado em partes isoladas do corpo feminino, e passar a reconhecê-las como componentes indivisíveis de um todo que é implicado e conectado a um contexto de vida.

O argumento em favor de mudanças na atenção à saúde ginecológica da RAS do Oeste de Santa Catarina não pretende menosprezar, nem invalidar, a importância dos saberes biomédicos para a saúde das mulheres, ou para aspectos ginecológicos da saúde, mas reconhecer os seus limites explicativos e sua insuficiência para organizar e concretizar o cuidado integral à saúde das usuárias quando considerados isoladamente (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Ampliar esta abordagem implicaria em garantir o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, a partir de uma combinação flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves, no desafio de adotar as necessidades singulares de cada usuária como ponto de partida para qualquer intervenção ginecológica (MERHY, 2002).

A análise sugere que, na experiência dos profissionais que atuam nos três níveis envolvidos na atenção à saúde ginecológica, a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, estaria relacionada à capacidade de atender às demandas pontuais, geralmente, problemas biológicos.

> *Eu acredito que resolvemos parcialmente, em alguns aspectos sim, em outras demandas não, a gente tem mulheres que desejam fazer laqueadura, por exemplo, elas esperam muito tempo, mulheres que precisam de histerectomia, aguardam muito tempo, as que têm mioma, a fila de cirurgia acaba demorando mais do que a gente gostaria, aquele sangramento que elas têm mensal, acaba se tornando contínuo, a qualidade de vida dessas mulheres diminui muito. A gente tem pouca resolutividade nessa parte, a gente encaminha para a consulta (atenção secundária), falta só à cirurgia, mas esse falta à cirurgia é o que demora, pode levar meses ou anos* (ECAB-APS).

> *Olha, acho aqui em Chapecó, se comparado há outros municípios do país, nós estamos em uma situação privilegiada, mas eu não me contentaria com isso, acho que poderíamos ser mais resolutivos, acho que ainda há muito que se fazer. Hoje eu sou um dos médicos que atuam na rede pública e que procuro fazer uma no caso das pacientes com câncer de mama, fazer uma proposta de cirurgia de reconstrução imediata. No entanto, devido a questões de gerenciamento de vagas no hospital regional, eu tenho que te dizer que lamentavelmente, há dois anos eu não consigo fazer uma cirurgia com reconstrução imediata aqui na cidade de Chapecó pelo SUS* (EPM4-ASS).

> *Tem situações que precisam ser mais rápidas, mais resolutivas, um prolapso*

> *de útero leva um ano ou um ano e meio. Os procedimentos menores, quatro meses. Eu acho assim, na minha visão teria que aumentar o horário no bloco cirúrgico. Até alguns exames mais simples, às vezes você tem uma paciente com problemas de lúpus, tu não consegue uma avaliação com o especialista, demora seis meses ou mais* (EPM8-ASS).

Assim como no cenário estudado, pesquisas têm sugerido que embasar as ações de cuidado em diagnósticos e abordagens eminentemente biologicistas pode distanciar a atenção em saúde do princípio da integralidade, uma vez que isto reduz seu potencial de resolutividade (BOUSQUAT *et al*., 2017; FINKLER *et al*., 2014). Um estudo realizado por Santos e Penna, em 2015 no Estado de Minas Gerais, focado na percepção de usuários e profissionais sobre a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, concluiu que, a baixa resolutividade das práticas de cuidado tem relação com o cuidado centrado exclusivamente no saber biológico, geralmente voltado para a resolução de demandas pontuais, que não oportuniza práticas mais eficazes para o atendimento às diversas necessidades de saúde requeridas pelos usuários. No mesmo estudo os dados revelaram que, na percepção dos participantes, serviço resolutivo é aquele que dá alguma resposta para a necessidade de saúde apresentada num momento e tempo oportuno (SANTOS; PENNA, 2015).

Voltando a destacar a resolutividade das ações desenvolvidas na RAS do Oeste Catarinense, alguns profissionais sugerem que, demandas que extrapolam aspectos biológicos, têm sua capacidade de resposta reduzida, desperdiçando-se a oportunidade de minimizar esses problemas.

> *Às vezes elas (usuárias) vêm para fazer o preventivo e acabam surgindo situações, como esse relato, "estou com problema familiar, não consigo trabalhar isso na minha vida, não consigo aceitar o filho que o marido teve fora do casamento, isso tem atrapalhado até a relação sexual com o marido", fica difícil de resolver (EPE2-APS).*
>
> *Eu consigo diminuir, talvez, os casos de câncer de colo com o preventivo, mas, por exemplo, eu não atuo em violência doméstica, eu não atuo na violência obstétrica, eu não atuo nos direitos do trabalho das mulheres. Nos últimos anos houve avanços, mas há que se melhorar e muito* (EPM3-APS).
>
> *Eu vejo que a rede resolve parcialmente as necessidades das mulheres, existem problemas de ordem não biológica que é difícil de resolver, por exemplo, as questões sociais* (EPM7-ATS).

Nessa mesma direção, Starfield (2002) alerta que aumentar a capacidade de resposta às necessidades dos usuários, vai além da interpretação refinada da maioria dos problemas biológicos de saúde listados em compêndios como a Classificação Internacional de Doenças (CID). Os profissionais de saúde precisam dimensionar a complexidade das necessidades extrabiológicas, na medida em que essas estão atreladas às mudanças no perfil epidemiológico, aos crescentes avanços tecnocientíficos e às necessidades da

população feminina (MERHY; FRANCO, 2003). A integralidade requer escuta, acolhimento, ações resolutivas que culminem com a humanização das práticas de cuidado. Todavia, no modelo de atenção expresso nas consultas ginecológicas da RAS estudada, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado em protocolos e procedimentos previamente definidos como "necessidades", como se esses fossem um fim em si mesmos (MERHY, 2002). Conforme relatos a seguir, coletados a partir de grupos focais:

> *Normalmente, a gente responde* às *perguntas que eles (profissionais de saúde) fazem, aquelas que estão no computador, eles fazem as perguntas e a gente responde* (UGF3).
>
> *Às vezes eu tenho dúvidas, muitas, mas percebo que não é uma pergunta de rotina, que normalmente se faz em consulta, vai causar estranheza (risos) (UGF7).*

As experiências das usuárias, relatadas nos GFs, confirmam o caráter simplificado das ofertas de cuidado acessadas nas consultas ginecológicas. Essas se restringem a uma ilha ou ilhota do corpo arquipélago. Nas consultas parece haver pouco espaço para uma articulação das ofertas de atendimento com a noção ampliada de saúde, linha orientadora do SUS que foi reiterada na proposta da PNAISM. A crítica tem a ver com a centralidade que deveriam ter os vários aspectos da vida implicados com a saúde – condições sociais, religião, raça, gênero, trabalho etc. – nas ofertas dos serviços acessados para realização da consulta ginecológica. Isto deveria resultar em ofertas no campo da prevenção e da promoção da saúde, ampliando-se o foco das consultas no diagnóstico e tratamento de doenças. Além disto, o caráter protocolar do atendimento dificulta o reconhecimento das singularidades das mulheres, de modo a considerá-las nas ofertas dos serviços, reduzindo seu potencial para a integralidade (OLIVEIRA; FERLA, 2013). Como argumenta Ayres (2009a, p. 4), integralidade diz respeito à qualidade e à natureza da escuta, do acolhimento e das respostas às demandas de atenção à saúde das usuárias. Neste sentido, integralidade tem a ver com a capacidade "[...] de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas".

> Às vezes acho que os profissionais acreditam que somos apenas um útero, *mas não somos apenas um útero, temos sentimentos e outros desejos (UGF2).*
>
> *Faço consulta ginecológica todos os anos, a enfermeira e o médico da minha área, sempre pedem como tá meu útero, examinam meu útero, e se eu tenho dor, me dão medicação para a dor, só isso, é bem rapidinho (UGF3).*
>
> *Fui à consulta para renovar a receita, em virtude da minha idade uso pomada vaginal, o atendimento é entre uma consulta e outra, bem rapidinho, pego minha receita e deu* (UGF6).

Reconhecer que "*não somos apenas um útero",* mas que, além dele, *"temos*

*sentimentos e outros desejos*", parece expressar uma crítica ao modo limitado pelo qual os profissionais de saúde definem que necessidades atender em consultas ginecológicas. Para, além disto, sugere que existem necessidades que ou não são reveladas, ou quando expressas, não são devidamente valorizadas, a exemplo da saúde sexual das mulheres. Nos demais depoimentos, não há registro explícito desta insatisfação relatada pela UGF2, embora se possa interpretar algumas palavras ou expressões utilizadas para descrever o atendimento como sugestivas de crítica: "*de pé mesmo, nem sentei na cadeira", "me dão medicação para a dor, só isso, é bem rapidinho", "bem rapidinho, pego minha receita e deu".*

Por outro lado, talvez o fato de não apresentarem críticas explicitas ao modo como são atendidas pode significar que as usuárias *"naturalizam*" a fragmentação do cuidado com foco em ilhas. Os depoimentos sugerem que, o atendimento em consultas ginecológicas anuais é caracterizado pelo direcionamento para cuidado-objetos que se formatam num determinado corpo como fragmentos com concretude própria – ilhas e ilhotas de um arquipélago, independente desse corpo, podem já estar incorporadas na cultura como algo natural. Naturalizada pelas próprias usuárias como formatada por um conjunto limitado de ofertas de atenção, a consulta ginecológica tem reduzido seu potencial para a promoção de saúde e satisfação de necessidades que extrapolem o sofrimento que embasa a queixa do dia.

As consultas relatadas pelas participantes do estudo confirmam o que foi observado pela pesquisadora nas observações diretas. Nas consultas, o cuidado é ofertado por meio de um "*combo de serviços ginecológicos*", como por exemplo, *"preventivo +mamografia + medicação*". Neste sentido, pode-se argumentar que, as usuárias da RAS do Oeste catarinense, têm seu direito à saúde, em geral, e à saúde ginecológica, em particular, restrito a uma "*cesta-básic*a" de serviços, tendo como foco a doença e não a saúde. Este "*combo de serviços ginecológicos*" constitui-se a partir da oferta seletiva de procedimentos e ações dirigidas a responder simplificadamente às demandas das usuárias e àquelas que vêm ao encontro das demandas sanitárias do MS. Nas observações de consultas ginecológicas, feitas durante o trabalho de campo, foram captadas falas que ilustram como essa seleção de procedimentos se legitima como limite para o atendimento, criando um cenário onde pouco variam as necessidades de saúde ginecológica passíveis de serem satisfeitas. O que é ofertado na cotidianidade dos serviços acaba emoldurando as demandas das usuárias.

> *Eu (usuária) costumo usar tudo o que o serviço oferece, né doutor, (profissional da atenção especializada) a mamografia, o preventivo, os exames laboratoriais e a medicação* (Fala captada em consulta ginecológica) (OD3-ASS).
>
> *A Senhora quer agendar o preventivo, fazer mamografia ou trocar a receita – técnico administrativo no setor de acolhimento* (Fala captada no setor de acolhimento) (OD1-APS).
>
> *Então, estou (usuária) precisando solicitar uma mamografia, como já tirei meu útero, não faço mais preventivo* (Fala captada em consulta ginecológica) (OD1-APS).

A utilização de “combos de serviços” como ofertas de atendimento aos usuários não é exclusividade apenas da atenção à saúde das mulheres. Como referido na literatura, isto ocorre em outros cenários, seguindo-se regulamentação por protocolos e rotinas rígidas, criando problemas que já deveriam ter sido superados (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Do modo como as ações em saúde dirigidas às mulheres vêm sendo desenvolvidas no Oeste Catarinense, tem sido difícil respeitar o princípio da integralidade, embora existam indícios de que há potencial para que este quadro se transforme. A análise indica que segue existindo uma lacuna entre as propostas de dimensionamento da atenção preconizadas pelo SUS e a realidade dos serviços. Apesar da crítica à restrição das ofertas dos serviços com prioridade para atender necessidades situadas nas “ilhas” do útero e das mamas, é preciso reconhecer que esses focos de atenção têm significativa importância do ponto de vista dos indicadores de saúde relativo à população feminina brasileira.

A busca das usuárias pelo atendimento das suas necessidades de saúde ginecológica é orientada pelo conhecimento que possuem sobre as ofertas da RAS, isto é, as ações programáticas já estão postas e incorporadas como aquilo que é necessário e relevante para a sua saúde. Esta lógica programática organizada em combos, com pouca margem para uma flexibilização que resulte de diálogo e escuta da usuária, limita a utilização de determinados serviços que estão disponíveis na rede, como é o caso da atenção secundária de saúde.

> *Acho que poderíamos mudar essa organização programada dos serviços, acho que essa questão de não ser o atendimento só agendado no atendimento secundário, claro, não deve ser uma coisa muito fácil de organizar, mas de repente resolveria algumas situações* (EPM7-ATS).
>
> *Muitas vezes, gostaríamos de dar mais atenção às mulheres que chegam aqui (atenção terciária), entretanto, o atendimento ginecológico acontece ao mesmo tempo em que o obstétrico e com os mesmos profissionais* (EPE6-ATS).
>
> *Às vezes eu me pergunto, porque que a clínica (serviço especializado) não abre a agenda para nos atender, mesmo não sendo problemas de útero e mamas, naquele espaço tem tudo, é perfeito. Mas só atendem no horário comercial e ainda com custoso agendamento (UGF 18).*

Cecílio e Matsumoto (2006) sugerem que as necessidades de saúde podem ser apreendidas por meio do acesso e do poder para consumir toda tecnologia capaz de melhorar ou prolongar a vida, isto é, a demanda e a oferta no serviço de saúde devem estar relacionadas com a possibilidade de reconhecer as necessidades de cada usuária. Uma necessidade não atendida pode ter consequências negativas sobre a saúde das mulheres. As necessidades sentidas pelas usuárias não podem ser julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece.

> *A gente (atenção terciária) observa muito é que as mulheres que buscam o pronto socorro, muitas delas simulam uma queixa, exemplo, sangramento*

*vaginal, para conseguir um ultrassom. Elas simulando um sangramento pensam que serão atendidas, e de fato são pela classificação de risco, elas vão parar na classificação urgente, cor amarela, quando na verdade deveriam buscar a unidade de saúde para esse fim* (EPE9-ATS).

*Tem situações que a gente atende a usuária e orienta voltar para a unidade de saúde, não tem o que fazer naquele momento, por exemplo, sangramento crônico por mioma uterino. Sabe o que elas (usuárias) fazem, esperam trocar o plantão, trocar as equipes, aí voltam, para receber um novo atendimento, na busca de solução para sua necessidade de saúde* (EPE6-ATS).

*Acho que deveria ser feito uma avaliação melhor de como essas pacientes chegam aos serviços, do jeito que usam os serviços, acho que existe muita perda de tempo, de energia, em coisas que não são efetivas para as necessidades delas. Não adianta só fazer encaminhamento, de forma indiscriminada, para a atenção secundária e terciária, querendo se livrar da paciente. Eu vejo desse jeito, a partir do momento que, você tem conhecimento e vontade, você vai resolver lá (atenção primária), não vai só se esquivar e empurrar a paciente na rede* (EPM8- ASS).

Para que os serviços sejam operacionalizados na lógica da integralidade é preciso que a centralidade da doença seja substituída pela consciência da amplitude e complexidade da saúde. O desafio não é pequeno. Há que se superar toda uma cultura que, por mais que se pretenda superada, ainda é predominantemente influente nos serviços. O reconhecimento de que a saúde não se restringe à ausência de doença, deverá estimular a busca por novas formas de dialogar com os desejos e sentimentos das usuárias, facilitando o aprimoramento da capacidade de resposta às necessidades por elas expressas.

Embora os dados sejam sugestivos de que as consultas ginecológicas nem sempre são orientadas pela escuta, as usuárias mencionam experiências em que diálogos propostos pelos profissionais trazem resultados muito positivos, do ponto de vista da satisfação e da possibilidade de ampliação do potencial destes dispositivos para produzir integralidade da atenção.

*O atendimento da outra médica (atenção primária) é show, examina a minha queixa, olha a minha mama, pede como estão meus filhos e meu marido. Ela se importa com a gente, ela sabe tudo sobre minha vida, ela nem olha no computador para saber quem eu sou* (UGF1).

*Adoro a minha enfermeira da unidade, ela sorri várias vezes durante o atendimento, olha nos meus olhos, tem paciência de escutar e ainda responde as minhas perguntas* (UGF2).

*Alguns profissionais de saúde daqui (atenção primária) e da clínica (atenção secundária) são acolhedores, se preocupam com a gente, começam a consulta perguntando, "me conte o que anda fazendo da vida", é um ótimo começo de conversa* (UGF10).

*A minha enfermeira (atenção primária) é tão sensível, que às vezes falo nas entrelinhas, sabe como é, a gente tem vergonha, mesmo assim, ela (enfermeira) entende e me ajuda* (UGF13).

Por trás dessas falas há elementos fundamentais para o desenvolvimento da integralidade da atenção à saúde ginecológica, como um princípio orientador presente nos serviços. Por exemplo, as expressões "*se importar, conhecer, escutar, responder, olhar nos olhos",* revelam o potencial dessas ações para auxiliar na compreensão das necessidades de saúde ginecológica. Ouvir mais as narrativas das usuárias, conhecer e importar-se com os seus modos de andar a vida, podem facilitar o direcionamento do raciocínio diagnóstico para as necessidades de saúde ginecológica percebidas pelas usuárias, compreendendo-se, assim, o "*motivo da consulta*". Esses elementos do cuidado vêm sendo, progressivamente substituídos por um arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. Essas tecnologias vêm fragmentando o organismo das mulheres e seus comportamentos morfofuncionais, legitimando definições técnicas sobre o que é ter saúde ginecológica por meio dos estudos de relevância epidemiológica (AYRES, 2009b).

Os trechos das falas demonstram a força e potencial das consultas ginecológicas e indicam que as usuárias depositam confiança nesse encontro. Elas esperam que o profissional compreenda suas necessidades de saúde ginecológica, trazidas mediante uma escuta sensível: "*ela escuta o que eu digo [...] conversa comigo [...] responde minhas perguntas".* Essas atitudes encorajam o diálogo e contribuem para o entendimento das expressões proferidas "*nas entrelinhas*", possíveis de serem apreendidas, por meio da *"sensibilidade*" do profissional de saúde. Como argumenta Ayres (2009b), não são somente os saberes tecnocientíficos que podem auxiliar na promoção ou recuperação da saúde, ações que visam à proteção das pessoas contra possíveis sofrimentos. Atitudes e práticas de afeto – *cuidar*, *ouvir, ver e tocar* – também podem produzir encontros potentes e sensíveis aos projetos de felicidade de quem cuidamos.

A busca de saberes úteis à apreensão de necessidades ginecológicas refere-se, também, à qualidade das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado "[...] efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades" (AYRES, 2009a, p. 14).

Nesse contexto da consulta ginecológica, destaca-se a importância das tecnologias de conversação, da escuta sensível e do diálogo, entre usuária-profissional, pois é nesse encontro dialógico, que a intersubjetividade entra em ação ajudando a combater as práticas de fragmentação do cuidado e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas (BARBOSA *et al.*, 2013). A integralidade edifica-se nos encontros dialógicos, nos vínculos (a) efetivos entre usuária-profissional, na relação de confiança, de aproximação às necessidades das usuárias, tecendo uma rede de conversações em toda a atividade assistencial, servindo como uma ferramenta para organização dos serviços (CECÍLIO, 2011).

A defesa da integralidade como princípio que deve orientar os serviços direcionados

à saúde ginecológica não significa desconsiderar a complexidade da meta de atender, com o máximo de amplitude e resolutividade possível, às necessidades das mulheres. Como alerta Camargo Júnior (2003, p. 40), a atenção integral à saúde ginecológica deve ser tratada como uma imagem-objetivo, como algo "impossível de ser plenamente atingível, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar".

Considerar a atenção ginecológica na lógica da integralidade significa trabalhar não somente no âmbito do atendimento de necessidades percebidas e expressas em queixas, mas também, atuar na prevenção e promoção da saúde. Os dados indicam que os serviços têm desenvolvido ações neste sentido, embora sejam ações que seguem o mesmo eixo orientador das ofertas de atendimento – "ilhas do útero e das mamas". Essas ações reiteram o que se reconhece como prioridade no campo da saúde ginecológica, reforçando o caráter simplificador do que se entende por saúde. É o caso das campanhas anuais de promoção da saúde, promovidas nacionalmente pelo MS e assumidas localmente pela RAS.

> *Existem os momentos que a gente (atenção básica) faz educação em saúde, no mês de março que é o mês da mulher e no Outubro Rosa, pelo menos nesses dois meses faz educação em saúde para as mulheres.* (ECAB-APS).
>
> *Nós enquanto município, temos em nosso calendário anual com dois mutirões de coleta de preventivo, direcionado a saúde da mulher, a gente não vincula só a coleta, mas culturalmente, se apresenta desta forma, o outubro rosa. Neste ano fizemos de forma diferente, abrimos todas as unidades durante uma semana no mês de maio, das 18 às 21 horas, justamente para atender esse público feminino, para coleta de preventivo, orientações, solicitação de mamografia, depois consequentemente com os resultados darem sequência na nossa rede* (EDAB-APS).

Confirmando essa perspectiva tradicional de promoção da saúde abordada pela pesquisa, uma revisão integrativa realizada em 2012 sobre a promoção da saúde no campo da atenção primária, concluíram que, a promoção da saúde ainda é tida como sinônimo da educação em saúde, particularmente no modelo tradicional, fundamentado em ações prescritivas de prevenção de doenças. Contudo, para compreender a promoção da saúde como mudança de paradigma, é preciso distingui-la da prevenção de doenças, os achados demonstram que a prática da enfermeira na APS, muitas vezes, é orientada para a intervenção sobre o corpo individual, reiterando a lógica prescritiva e focada na doença (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Considerando as necessidades de saúde ginecológica, o modelo de campanha de saúde que se apresenta não atende o princípio da integralidade. Embora os profissionais de saúde, sejam sensíveis às demandas que não se restringem ao útero e às mamas, seguem priorizando esse foco nas ações de promoção da saúde. Os dados sugerem que, aspectos da vida implicados com a saúde ginecológica que extrapolem os limites do biológico não tem a mesma valorização em ações de prevenção e de promoção da saúde.

A promoção da saúde ginecológica não pode ser contemplada apenas em uma agenda anual de ações promocionais, com data e hora previamente definidas. As mulheres apresentam necessidades de saúde nas 24 horas, nos sete dias da semana e nos 365 dias do ano. Logo, para serem eficazes, do ponto de vida da intervenção em processos que possam resultar em sofrimento, ações de prevenção e promoção precisam ser transversais aos atendimentos de saúde. Campanhas de prevenção e promoção da saúde devem se configurar em uma prática cotidiana e permanente nos serviços de saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Campanhas que pretendam contribuir com a promoção da saúde das mulheres, em geral, e da saúde ginecológica, em particular, não podem se limitar ao rastreamento de doenças de maior relevância epidemiológica. É necessário rever o foco e o formato das campanhas anuais, no sentido de se pensar alternativas que as aproximem, o mais possível, de encontros entre sujeitos e de situações dialógicas e de escuta e outras possíveis necessidades a serem contempladas.

Apesar da crítica, é preciso reconhecer que campanhas que colaboram para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno do câncer do colo do útero e de mama, trazem benefícios às mulheres, uma vez que podem evitar ou reduzir o sofrimento causado pela doença.

Na campanha em saúde Outubro Rosa, as mulheres são o alvo prioritário, assim, todo o processo de cuidado elaborado deve contemplar suas necessidades de saúde. Para que as campanhas em saúde sejam eficientes, é necessário que estejam sustentadas na concepção de integralidade (BRASIL, 2010g). Como destacado na literatura, a integralidade resulta da forma como os profissionais definem saúde, do valor que esses conferem à percepção dos usuários sobre o que necessitam para ter saúde e do modo como respondem a essas necessidades (MATTOS, 2001).

Apesar das críticas ao modo como os serviços fazem uso das campanhas de prevenção e promoção da saúde no contexto estudado, parece que existem possibilidades para superação dos problemas. Contrariando essa modelagem de Campanha apresentada, merece destaque o depoimento da coordenadora do serviço de atenção básica, ao sugerir que elaborar estratégias de promoção de saúde, requer ir além da assistência curativa e intervenções de prevenção de doenças.

> *Nas campanhas anuais, a gente (atenção básica) aborda a questão da sexualidade, uso do preservativo, faz muito teste rápido, principalmente para sífilis, vacinação de hepatite, os exames de hepatite, os marcadores, solicita bastante mamografia, incentiva ao AEM no banho, entregamos algumas flores às mulheres, para que se sintam valorizadas, uma forma de tocá-las, dizendo que elas são mulheres e precisam se cuidar. Nesse dia a gente deixa a unidade mais cor-de-rosa, já teve épocas que a gente fez manicure, massagem, as agentes de saúde faziam gratuitamente para as mulheres. Para não ser aquele*

*negócio focado somente em fazer tantos preventivos, tantos exames de mamas, tantas orientações, mais assim, na parte da autoestima delas, nesse modelo de campanha alguém sempre sai tocado* (ECAB-APS).

O depoimento sugere que existem brechas na RAS estudada para romper com as tradicionais características das campanhas sanitárias que pretendem promover a saúde das mulheres. Pesquisas já demonstraram que ações ou campanhas educativas em saúde nem sempre atingem seus objetivos, geralmente voltados às mudanças de comportamento individual, uma vez que, além dos aspectos individuais, também fatores sociais, culturais e programáticos influenciam nos resultados dessas ações (MARTINS; BARBOSA; CUNHA, 2014; PEREIRA; VIEIRA; AMANCIO FILHO, 2011).

O engajamento dos profissionais de saúde para o sucesso das campanhas foi reconhecido pelo MS e já apresentou mudanças nas ações do próprio Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SILVA, 2013). Desde então, considera-se a importância da integração entre as ações de comunicação e as ações dos profissionais. Um estudo recente realizado no município de Viçosa/MG, região com maior incidência do câncer de mama, objetivou avaliar os resultados da Campanha Outubro Rosa à luz dos critérios do marketing social com a intenção de oferecer sugestões para sua melhoria e de ampliação do potencial de seus resultados. Os autores concluíram que, a campanha é capaz de gerar públicos legitimadores, não sendo eficaz para a mudança de comportamento do seu público. Entretanto, a mudança de comportamento não ocorre apenas em virtude das ações de comunicação da Campanha, mas principalmente das ações dos profissionais de saúde, que direcionam as mulheres para o comportamento desejado (MARTINS; BARBOSA; CUNHA, 2014).

A fala da coordenadora da atenção básica, revela o reconhecimento da importância de as Campanhas ampliarem seu escopo, fomentando encontros transformadores, de diálogo, de troca de experiências, de incentivo aos mecanismos de autoestima, autonomia e autocuidado. Como refere a participante, "*nesse modelo de campanha alguém sempre sai tocado".* A importância de realizar uma ação que "toque" parece revelar a consciência de que a eficácia de ações de promoção da saúde passa pela sua capacidade para uma escuta sensível. Além do escutar ser uma habilidade fundamental nas ações educativas, Campanhas também podem oportunizar momentos de reflexão que sejam promotoras da saúde, colocando de lado a tradicional intenção de controlar suas vidas (MARTINS; BARBOSA; CUNHA, 2014).

Isto é o que demonstrou um estudo realizado em 2011 na cidade de Niterói/RJ, com o objetivo de analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre as práticas de educação em saúde realizadas por meio de ações coletivas com pessoas soropositivas para o HIV. Concluiu-se que as práticas de educação em saúde contribuíram para minimizar sofrimentos, trabalhar expectativas e emoções, além de promover cidadania e qualidade de

vida. Na análise, os autores relacionam ações de educação em saúde com integralidade, afirmando que essas possibilitam humanizar as relações interpessoais e garantir acesso às medidas de prevenção, bem como auxiliar a produção de cuidados integrais capazes de promover saúde (PEREIRA; VIEIRA; AMANCIO FILHO, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe estratégias de promoção da saúde, a exemplo das Campanhas e mutirões, que ampliem seu escopo, tomando como objeto as necessidades de saúde e seus condicionantes, de modo que o cuidado envolva, ao mesmo tempo "[...], as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde", incidindo sobre as condições de vida e favorecendo as escolhas saudáveis por parte dos sujeitos (BRASIL, 2010g, p. 11).

Em complementação a esse debate, um estudo realizado em Brasília no ano de 2014, objetivou compreender e discutir as concepções de informação, educação e comunicação em saúde dos fonoaudiólogos que coordenaram e desenvolveram campanhas de promoção da saúde da voz. O estudo concluiu que a educação em saúde acontecia como repasse de informações e não como um processo de construção coletivo a respeito dos cuidados necessários, refletindo na fragilidade das ações em que a campanha estava ancorada. Os autores apontam, que, mesmo que, em sua maioria, as ações estejam relacionadas à prevenção de doenças, mudanças devem ocorrer para que as Campanhas sejam instrumentos potencializadores do indivíduo, auxiliando-o a se tornar sujeito ativo e autônomo no seu processo de cuidar em saúde (DORNELAS; SOUSA; MENDONÇA, 2014).

Dentre os desafios postos à ampliação das Campanhas, destacam-se a possibilidade de acesso de usuárias que são trabalhadoras formais.

> *As mulheres trabalhadoras se encaixam nos momentos que tem as campanhas, sábados e de noite, elas conseguem organizar na sua empresa, aí agenda dá uma declaração de comparecimento, que esteve aqui (atenção básica) naquele momento e horário, consegue justificar. As que não conseguem justificar na empresa, porque trabalham em locais que não conseguem sair, trabalham na linha de produção, entra em determinado horário, acabam vindo mais nas campanhas. A gente percebe que nas campanhas quem vem mais são as que trabalham fora e não conseguem vir durante o horário comercial, de segunda a sexta-feira* (ECAB-APS).

> *Nós (atenção básica) enquanto município, temos em nosso calendário anual dois mutirões de coleta de preventivo, direcionado a saúde da mulher, a gente não vincula só a coleta, mas culturalmente, se apresenta desta forma, o Outubro Rosa. Neste ano fizemos de forma diferente, abrimos todas as unidades durante uma semana no mês de maio, das 18 às 21 horas, justamente para atender esse público feminino que trabalha fora, para coleta de preventivo, orientações, solicitação de mamografia, depois consequentemente com os resultados darem sequência na nossa rede* (EDAB-APS).

Apesar dos esforços de alguns profissionais, em ampliar o atendimento nas Campanhas e/ou mutirões, tornando-os mais acessíveis e com horários diferenciados, os depoimentos revelam que o cuidado realizado nas Campanhas segue priorizando ações normativas e preventivas, com data e hora para começar e terminar, o que os distancia da lógica da integralidade. Este é um problema importante, especialmente, no caso das usuárias que são trabalhadoras formais, as quais precisam "encaixar" suas necessidades de saúde ginecológica nestas ações pontuais. Nestas situações, é comum considerar que as usuárias que não aderem às ações de promoção realizadas nos serviços no formato de Campanhas pontuais, não estão assumindo devidamente o compromisso com a sua saúde.

Corroborando o exposto, um estudo realizado na cidade de Santos/SP em 2003, com o objetivo de avaliar a eficácia da Campanha de prevenção do câncer de colo uterino desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde e a situação das mulheres que tiveram exames alterados. Os autores concluíram que, a Campanha demonstrou absoluta ineficiência e ineficácia, foi incapaz de ampliar a cobertura de exame preventivo do câncer ginecológico. E para tanto, não é possível continuar insistindo na realização de estratégias isoladas e sem continuidade, desarticuladas de uma proposta integral de atenção à saúde das mulheres (REIS *et al.*, 2003). Nessa mesma direção, Martins, Barbosa e Cunha (2014) em um estudo que avaliou os resultados da Campanha Outubro Rosa, concluíram que, comparando os resultados de frequência da realização dos exames mamográficos antes e depois da Campanha, não se percebe alteração muito significativa, além disso, evidencia-se queda de 33% na realização do exame clínico das mamas. A Campanha tem o poder de gerar públicos legitimadores, que lembram, interpretam e julgam a mensagem transmitida como positiva e importante, entretanto, não sendo eficaz para a mudança de comportamento do seu público.

Oliveira (2005) contribui para tal discussão reafirmando que, apesar da ênfase na promoção da saúde como investimento na autonomia dos usuários, a educação em saúde permanece, geralmente, centrada na responsabilização individual e na prevenção de doenças. Para a autora, os profissionais demostram dificuldades em trabalhar de acordo com os princípios de uma abordagem holística da saúde. Apesar da retórica de que saúde é mais do que apenas ausência de doenças, a educação em saúde ainda está direcionada à prevenção de doenças.

A inconveniência dos horários das ofertas de serviços gerados no contexto de atenção primária e secundária, principalmente para as mulheres que são trabalhadoras formais, foi um aspecto destacado pelas usuárias como um entrave ao acesso à prevenção e promoção da saúde. Como apontado pelo MS, este é um problema que impacta na comodidade dos serviços (BRASIL, 2010a), reduzindo as possibilidades de acesso à saúde. Neste sentido, pode-se inferir que as ações de prevenção desses serviços não são dirigidas a todas as mulheres, discriminando-se aquelas que por um motivo ou outro não

podem comparecer nos horários determinados. Fere-se, assim, o direito constitucional à saúde e o princípio da integralidade. Os depoimentos a seguir são sugestivos de que o atendimento apenas em horário comercial nos serviços de atenção primária e secundária dificulta o acesso das usuárias, principalmente quando trabalham e possuem horários rígidos.

> *Eu também trabalho fora, tive que coletar meu preventivo no mutirão do outubro, este ano aconteceu no sábado e também à noite, foi muito confortável pra mim esse horário da noite* (UGF15).
>
> *Seria muito importante que os atendimentos nos serviços de saúde fossem iguais as campanhas, também no dia-a-dia, pudesse ser em um horário mais esticado, à noite, por exemplo, porque no sábado, agente também trabalha, não tem como sair* (UGF13).
>
> *Um terceiro turno de atendimento ajudaria até para nós que trabalhamos em casa. Eu trabalho em casa, fica difícil vir durante a semana, além da casa, comida e família, ainda ajudo a cuidar dos netos, uso as campanhas para fazer o exame das mamas e o preventivo* (UGF17).

Corroborando com os dados da pesquisa, um estudo realizado em Belo Horizonte no ano de 2008, objetivou investigar o acesso das mulheres de 18 a 59 anos às consultas ginecológicas. Os autores concluíram que, o atendimento nas UBS, apenas em horário comercial, dificultou o acesso das usuárias às consultas ginecológicas, pois elas trabalham neste horário. Assim, o estudo sugere que, assegurar horários ampliados de atendimento, favorece a atenção integral da usuária (TORRES; MIRANDA-RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Outro aspecto importante, revelado nas falas dos sujeitos e confirmado na observação direta, incide sobre a quase invisibilidade das mamas nas ações de prevenção e promoção da saúde que extrapolam o período das campanhas. Um profissional da equipe da atenção secundária critica esta situação.

> *Minha indignação (mastologista) é que tirando o período em que o país inteiro é mobilizado, sensibilizado para a prática mais efetiva quanto à promoção de saúde das mamas, como é o caso do Outubro Rosa, parece que os outros 11 meses do ano, o câncer vai ficar parado esperando o que vai acontecer, e a gente sabe que isso não acontece. Então, nós vivemos de um mês de verdadeira atividade na área do câncer de mama, e os outros 11 meses parece que o câncer de mama deixa de existir* (EPM4-ASS).

Os dados sugerem que na atenção básica há uma tendência à desvalorização do exame clínico e uma ênfase no uso de tecnologia no rastreamento do câncer de mama. Os depoimentos dos profissionais ilustram essa tendência.

> *Em todas as consultas, verificamos a possibilidade de mamografia, se está no momento dela fazer, se já fez alguma vez na vida, já peguei senhoras com 70, 80 anos que nunca tinham realizado o exame de mamografia* (EPE2-APS).
>
> *Na consulta, a gente (profissional da atenção básica) pergunta do exame*

*das mamas, se faz o autoexame das mamas, quando fez, qual período do ciclo menstrual, e alerta para que se parecer qualquer coisa na mama, voltar. Responsabiliza a mulher pela saúde dela, não somos nós que temos que cuidar [...] é muito assistencialismo fazer isso* (ECAB-APS).

*A senhora faz o autoexame da mama em casa? Resposta da usuária - Sim. Ótimo, neste caso não vou expor à senhora novamente ao exame!* (Fala captada em consulta ginecológica) (OD3-APS).

*Como está sua mama, tem tocado em casa? Resposta da usuária – Sim. Perfeito, se identificar alguma alteração em casa me avisa, está bem* (Fala captada em consulta ginecológica) (OD4-APS).

A evidência científica é clara ao mostrar que o balanço entre os benefícios e riscos do rastreamento mamográfico é favorável para mulheres entre 50 e 69 anos (INCA, 2018). Nesta pesquisa, nove usuárias (50%), na faixa etária de risco para o desenvolvimento da doença, realizaram exame mamográfico para fins de rastreamento do câncer. Outras três mulheres (17%), fora da faixa etária de risco, também, foram submetidas ao exame de mamografia, por apresentar quadro clínico sugestivo da doença. Mulheres mais jovens tendem a apresentar uma maior quantidade de resultados falso-positivos, o que pode trazer danos decorrentes de sobrediagnóstico e sobretratamento. Tais práticas profissionais têm sido alvo de estudos, como o de Pace e Keating (2014) que evidenciou o risco acumulado entre mulheres de 40 a 49 anos submetidas anualmente a um exame mamográfico de ter um resultado falso-positivo em 10 anos é cerca de 60% maior. Apesar dos riscos, segue a ênfase nas ofertas de mamografia e o enfoque na queixa-conduta, dando-se pouca importância se a queixa está associada a outras necessidades de saúde que não aquelas de cunho biológico. Para o INCA (2018), mulheres submetidas a exames mamográficos, desnecessários e fora da faixa etária de risco para a doença, estão expostas aos efeitos da radiação ionizante, proporcional à dose e à frequência, aumentando o risco do câncer de mama.

Nas discussões grupais as usuárias confirmam que, nas consultas ginecológicas realizadas no contexto do estudo, o exame clínico das mamas, nem sempre é valorizado como ação de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. As falas sugerem que, na percepção dos profissionais, as mamas merecem ser examinadas apenas em presença de queixas, as quais quando expressas já podem ser evidencias de lesões cancerígenas.

*Alguns profissionais de saúde perguntam se a gente faz o autoexame em casa, quando falamos que sim, nossas mamas não são examinadas, muitas vezes, temos dúvidas que se estamos fazendo certo* (UGF1).

*Na verdade, nem sempre falamos a verdade, muitas vezes, dizemos que realizamos o autoexame em casa, quando na verdade não fazemos, mas ninguém olha nossa mama, apenas oferece a mamografia quando temos idade ou alguma dor na mama* (UGF2).

*O profissional (atenção primária) só pediu se eu fazia o exame, aí me entregou*

*o papel da mamografia, estou com o papel lá em casa. Aqui (atenção primária) não é feito o exame da mama* (UGF10).

*Ela (profissional da atenção básica) não fez o exame das mamas, só me perguntou se eu fazia, e como eu já tenho idade, me encaminhou para mamografia* (UGF17).

*Eu faço o exame da mama na hora do banho, mas seria legal se o profissional também fizesse, nem sei se faço certo, por isso, dois examinando é mais seguro* (UGF13).

*Sou bem sincera em dizer, não adianta eu querer mentir, sou bem preguiçosa. Eu digo que não faço o exame, até porque, ela (profissional de saúde) também não se interessa* (UGF15).

*Ela (profissional de saúde) só me examinou por que me queixei de muita dor no seio* (UGF16).

Nas situações em que as usuárias sinalizam realizar, periodicamente, o autoexame das mamas (AEM), não lhes foi oportunizado o exame clínico das mamas (ECM), como rotina do atendimento ginecológico. Tal situação parece traduzir total falta de conhecimento sobre a gravidade do problema do câncer de mama, ou falta de compromisso dos profissionais com o aspecto preventivo, especialmente, na atenção primária.

A vigilância do câncer de mama, a partir do exame clínico das mamas, é um elemento essencial de cuidado que corrobora no rastreamento, no diagnóstico precoce e no tratamento em tempo oportuno, capaz de reduzir o número de mortes (INCA, 2018). Os dados apresentados no Atlas de Mortalidade por Câncer (INCA, 2014) evidenciam as taxas de mortalidade de mulheres por câncer de mama, ajustadas pela população brasileira de 2010 e pela população mundial, na cidade de Chapecó, com idade de 50 a 69 anos, pelo período entre 2010 e 2015, respectivamente: 55,02/100.000 (em 2010); 12,79/100.000 (em 2011); 40,15/100.000 (em 2012); 63,70/100.000 (em 2013); 27,54/100.000 (em 2014) e 42,47/100.000 (em 2015), sendo a taxa de mortalidade da região sul de 49,36 óbitos/100.000 mulheres. Os indicadores confirmam que houve variações na taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres, na faixa etária alvo, no município de Chapecó.  A elevada mortalidade por câncer de mama reforça a importância da prática, sistemática e com periodicidade fixa, do exame clínico das mamas, em consultas ginecológicas, como método de rastreamento da doença.

No Brasil, a recomendação para a detecção do câncer é o exame clínico anual das mamas para mulheres a partir dos 40 anos e o rastreio mamográfico a cada dois anos para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (BRASIL, 2013a).

A realização do ECM, em consulta ginecológica, representa a oportunidade para que seja ensinado o AEM, esclarecendo às mulheres a importância de tal procedimento e a maneira de realizá-lo. O incentivo ao autoexame poderá influenciar as mulheres, estimulando-as à execução deste, rotineiramente. Já o ECM é usado como método tanto

diagnóstico quanto de rastreamento. O exame é entendido como uma rotina feita por profissional de saúde treinado, realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (SILVA, 2015).

O AEM é o procedimento em que a mulher observa e palpa as próprias mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando a detectar mudanças ou anormalidades que possam indicar a presença de um câncer. A autopalpação das mamas deverá ocorrer sempre que se sentir confortável para tal (no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem necessidade de uma técnica específica de autoexame (SILVA, 2015). Thornton e Pillarisetti (2008) orientam que, a prática ocasional da autopalpação das mamas, no contexto do conhecimento do próprio corpo, não deve ser confundida com a aplicação do método de rastreamento padronizado, sistemático e com periodicidade fixa, como ocorre no ECM, realizado por profissional capacitado.

Corroborando com os achados da pesquisa, um estudo realizado com 663 mulheres, na cidade de Campinas/SP, mostrou que há uma desvalorização da importância do exame clínico das mamas por parte dos profissionais de saúde. O estudo revelou que mais de 30% das mulheres que procuraram os serviços públicos municipais referiram não terem sido submetidas a esse exame (MARINHO, 2002).

Convém, ainda, registrar, o trecho da fala do entrevistado: "*tirando o outubro rosa [...] parece que os outros 11 meses do ano o câncer de mama deixa de existir*", reforça o cuidado biologicista, fragmentado em ilhas susceptíveis das mulheres, em que, partes do corpo têm maior relevância nas campanhas anuais de promoção de saúde, porém não de forma contínua. Não se trata de negar a importância do componente biológico da saúde ginecológica, mas de ampliá-lo dentro do contexto sócio ecológico de promoção de saúde. Com efeito, a integralidade nos desafia a "[...] saber e fazer o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder, universalmente, às necessidades de cada um" (AYRES, 2009a, p. 4).

Como se vê, nos dados da pesquisa, o que move os profissionais de saúde parece estar, parcialmente definidos nas práticas de cuidado, a exemplo do tratamento e diagnóstico de doenças. Nada mais contrário ao que se propõe o eixo das *finalidades*. Ao assumirmos a ideia deste Eixo, como princípio norteador das ações de cuidado incide em mudanças "[...] nos modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças", no sentido de não segmentar as ações de cuidado, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento dessas ações (AYRES, 2009b, p. 14).

O desconhecimento da importância do autoexame das mamas, associado à falta de exame clínico desse órgão, compromete qualquer programa de detecção precoce de câncer de mama que se propusesse identificar tumores suspeitos nesta glândula. Assim, ações pouco sinérgicas resultam em fragmentação do cuidado, práticas desintegradas de

prevenção e promoção da saúde e, consequentemente, desfechos clínicos desfavoráveis às usuárias (AYRES, 2009b).

Neste sentido, é preciso, (re) pensar o modo como são realizadas as consultas ginecológicas, dispositivo que é central no contexto da atenção ginecológica. Este pode se constituir em um espaço privilegiado para a promoção da saúde das mulheres, informada pelos constructos da clínica ampliada, do vínculo, da escuta sensível, da autonomia, deverá resultar em um acolhimento mais qualificado e no reconhecimento da legitimidade das demandas das usuárias.

O exame clínico das mamas, realizado regularmente, por profissional capacitado, é considerado como método de rastreamento que pode complementar o rastreamento com mamografia. O INCA/MS indica o rastreamento com ECM em substituição à mamografia, especialmente para “[...] mulheres com menos de 50 anos, em virtude da baixa sensibilidade da mamografia em mulheres com mamas densas” (SILVA, 2015, p. 55). O ECM é visto como uma boa opção para o rastreamento quando comparado à mamografia, em função do seu possível efeito de detectar precocemente lesões palpáveis e, consequentemente, reduzir o estádio da doença no momento do diagnóstico (WHO, 2007).

Partindo dos dados apresentados pela pesquisa, acerca da quase invisibilidade das mamas, em consultas ginecológicas, apresento um relato de experiência, vivenciado no grupo focal, que reitera o potencial do autoexame das mamas e o exame clínico das mamas, como método de rastreamento do câncer de mama.

> *Vou relatar para vocês minha experiência, tenho 21 anos hoje, a minha prima estava com câncer de mama, então ela me disse, “você tem que se apalpar para ver se tem alguma coisa na mama”. No mesmo dia eu me apalpei e percebi que tinha uma bolinha na mama esquerda, fiquei com aquilo na cabeça. Depois de alguns dias, resolvi mostrar para a enfermeira no posto. Ela (enfermeira) também identificou a bolinha, me encaminhou para mamografia. Resultado, estou com nódulos no seio, vou precisar operar, estou esperando vaga no hospital. Então, quero dizer para vocês, façam o exame em casa e cobrem o exame dos profissionais durante a consulta* (UGF11).

O relato da usuária é sugestivo de que, além de necessário, é possível que as usuárias assumam uma posição de protagonistas na definição sobre o que é necessário atender em uma consulta ginecológica e isto pode aumentar a capacidade resolutiva da consulta. Vincular a atenção à saúde ginecológica à convergências entre os interesses das usuárias e dos profissionais é um dos movimentos que poderão redirecionar a atenção à saúde ginecológica realizada na RAS do Oeste de Santa Catarina.

A importância do exame clínico das mamas foi descrito no estudo realizado no Sul do Brasil, que objetivou avaliar possíveis fatores de risco para o câncer de mama em uma população e construir um modelo logístico multivariado, usando esses fatores para a predição de risco de câncer de mama. O estudo conclui que, no total, 73 participantes entre

as 4.242 mulheres, tiveram diagnóstico de câncer de mama durante o seguimento de 10 anos do projeto. A idade mais avançada e história de biópsia mamária anterior foram associadas ao desenvolvimento de câncer de mama. Por outro lado, o número de gestações e o uso de terapia de reposição hormonal foram considerados fatores protetores. Além disso, os autores apontam que o exame clínico das mamas, feito por um profissional especializado, e uma mamografia de alta qualidade, são ações fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer (BREYER *et al*., 2018).

Outra deficiência do atendimento às necessidades de saúde ginecológica da RAS do Oeste Catarinense diz respeito a aspectos da saúde relacionados à relação sexual e à sexualidade e à saúde vulvar/vaginal. A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas (IPPF, 2015; BRASIL, 2010h).

Os profissionais reconhecem que é importante abrir as consultas ginecológicas para aspectos da saúde sexual que possam se configurar em necessidades de saúde para as usuárias. Nas falas fica claro que o limite das consultas para dar conta dessas necessidades tem a ver com a postura dos profissionais e dos constrangimentos que o assunto possa trazer para o cenário em que ela acontece. Questões culturais geradoras de preconceito são citadas como a origem dos constrangimentos.

> *Um tópico que eu acredito que exista muito, mas ele é subnotificado ou não é valorizado, é a questão da sexualidade da mulher, ainda existe muita dificuldade ou muita resistência na abordagem do tema, por conta até do nosso comportamento, da nossa maneira de olhar essa questão da sexualidade, da relação, da via sexual, a questão do prazer, de se sentir vontade de ter relação, como algo anormal, rotulado, muitas vezes, com certa aberração. Então, esse conceito, muitas vezes, de uma educação conservadora, ainda é bem evidente em consultas* (EPM4-ASS).

> *No serviço público, você acaba não tendo condições de fazer essa estratégia de promoção da saúde sexual. A sexualidade, ainda é um grande tabu e um grande tema de conflito na sociedade, algo proibido e vergonhoso, como lidar com a questão do gênero, que submete as pessoas a todas as situações de conflitos com a sociedade conservadora que aí está, então, como ofertar para as mulheres esse tipo de integração para fugir daquela lógica saúde-doença, tentar inserir o organismo feminino dentro do bem-estar que a pessoa procura que inclui a sexualidade* (EPM4-ASS).

A observação direta das consultas ginecológicas reitera a pouca valorização conferida à saúde sexual ou a outros aspectos da saúde das mulheres que não se restringem à saúde do útero e das mamas.

> *Nenhum profissional de saúde, no processo de observação direta, em*

*consultas ginecológicas, nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, promoveu/permitiu a discussão sobre a saúde sexual das usuárias. Assuntos como, sexo, a sexualidade, a saúde vaginal, a falta de desejo sexual, a dispareunia, a anorgasmia, não foram mencionados e/ou discutidos nesses encontros* (OD-APS; ASS; ATS).

Mesmo nas falas que pretendem reiterar que é preciso abordar necessidades de saúde que envolvem a atividade sexual e a sexualidade, é possível identificar a presença de preconceitos. Neste sentido, parece que a sensibilização para flexibilizar a configuração das consultas ginecológicas para além do combo tradicional de serviços não é suficiente para que os serviços deem conta das singularidades das usuárias, respeitando-se sua diversidade.

*Na consulta, à gente aborda a questão da sexualidade, o uso do preservativo, mesmo sendo casada, se é homossexual ou não, a gente não faz distinção, acaba nem reconhecendo a paciente que é assim* (ECAB-APS).

A referência a uma abordagem que trata do *"uso do preservativo mesmo sendo casada"* ou que "*não faz distinção*" se a mulher é casada ou se é homossexual, indica que os preconceitos podem, inclusive, fazer com que os profissionais neguem seus próprios conhecimentos sobre saúde. Há fartas evidencias científicas de que ter união estável não é uma condição que protege as mulheres contra riscos à sua saúde. A AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, por exemplo, são problemas bastante incidentes entre as mulheres, independente do seu estado civil (FERNANDES *et al.*, 2017).

Da mesma forma, afirmar que não se distinguem as necessidades de saúde ginecológica de mulheres que provavelmente vivem situações e identidades sexuais diferentes, é revelador da dificuldade que os profissionais têm de considerar suas singularidades em saúde. Ao assumirem uma postura linear de orientação heterossexual, e não se abrirem para o diálogo sobre sexo e sobre sexualidade, os profissionais podem interpretar sinais e sintomas de modo equivocado, resultando em diagnósticos precipitados e conduções inadequadas (SOBECKI *et al.*, 2012).

Os constrangimentos ficam evidentes até no modo como alguns profissionais se expressam. O registro de observação transcrito abaixo ilustra este argumento:

*O profissional (atenção primária) após exame especular, região vulvar e vaginal, referiu-se a essas partes do corpo, com a expressão "aqui em baixo tá tudo bem"* (fala captada em consulta ginecológica) (OD3-APS).

Esta concepção do corpo feminino reforça novamente, o cuidado fragmentado em ilhotas, a exemplo das ilhotas da vulva e vagina, fortalece a cultura biologicista da atenção à saúde ginecológica, impactando na qualidade da "*promoção da saúde sexual*" das mulheres. Essa perspectiva de cuidado vai de encontro a IPPF (2015), que reconhece a sexualidade feminina como expressão de intimidade e também um direito humano, não

se restringindo apenas à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Um relato de experiência realizado em 2012, a partir da consulta de enfermagem em sexualidade no contexto da atenção primária em saúde, concluiu que é preciso estimular a usuária a falar de seus desejos, fantasias ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha (GARCIA; LISBOA, 2012). O uso das tecnologias leves facilita a abordagem desses assuntos. O vínculo, a escuta sensível e o diálogo são ferramentas que ajudam a promover a saúde sexual das mulheres. Uma vida sexual prazerosa é um dos pilares da atenção à saúde ginecológica.

Como referido na literatura, apesar de as mulheres buscarem ajuda nos serviços de saúde para problemas referentes ao sexo e à sexualidade, alguns profissionais de saúde ainda tratam como assunto "*proibido e vergonhoso"*. A omissão dos profissionais de saúde, quando se trata da sexualidade feminina, reforça a ausência de direitos das mulheres à informação de como desfrutar a sexualidade, levando-as a abdicar de seu bem-estar como pessoas integrais (COSTA; GUIMARÃES, 2002).

A consulta precisa considerar as diferenças entre as mulheres, oportunizar o diálogo sobre sexo e a sexualidade, reconhecer as necessidades das usuárias homossexuais, não utilizar como parâmetro de normalidade a heterossexualidade, e não (sub) estimar a capacidade sexual na velhice. Somente assim, será possível apreender as especificidades e necessidades da saúde sexual das mulheres nas suas diversidades. Embora, o tema da sexualidade ainda esteja permeado por tabus e preconceitos que, infelizmente, se manifestam na postura dos profissionais de saúde que atendem mulheres, esse precisa ser abordado em conjunto com as usuárias, de modo a que elas auxiliem na identificação de demandas e necessidades de saúde ginecológica. Rejeitar o discurso assexuado do envelhecimento é a melhor maneira de promover a saúde sexual das mulheres (GLESER, 2015).

O estudo revelou que não é dada a devida importância às necessidades relacionadas à sexualidade, como revela o trecho da fala: *"no serviço público, você acaba não tendo condições de fazer essa estratégia de promoção da saúde sexual"*, mas uma consequência da compreensão que emolduram os serviços públicos, como espaços para o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato curativista e confirmação diagnóstica e não na promoção da saúde ginecológica. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto as necessidades de saúde ginecológicas e seus condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva ações que operem na perspectiva psicossomática do feminino, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis. A dificuldade de abordagem de questões referentes à saúde sexual em consultas ginecológicas já foi reportada em outros estudos. Um estudo realizado nos EUA, com 1.154 profissionais de saúde, abordou as práticas rotineiras de diálogo sobre sexo e sexualidade em consultas ginecológicas. Os

autores concluíram que, 63% dos profissionais questionam sobre as atividades sexuais das pacientes, 28% sobre a identidade ou orientação sexual, e apenas 14% sobre a satisfação com a vida sexual (SOBECKI *et al.*, 2012).

Os depoimentos também sugerem que nas consultas ginecológicas há uma falta de atenção à saúde da vagina. Raramente as mulheres são questionadas sobre a condição de suas vaginas ou convidadas a compartilhar sinais e sintomas de alguma anormalidade. Nas consultas são abordadas questões sobre a menstruação, sobre contracepção e, como já foi destacado, esporadicamente sobre a atividade sexual.

> *Geralmente eles (profissionais) chegam e pedem se tu tem parceiro sexual, se é um ou mais parceiros, agora, pergunta como eu faço, o que eu faço, ninguém pergunta* (UGF9).
>
> *Pra mim só pediram quantos filhos eu tinha quando foi a primeira vez que tive relação sexual, se ainda menstruava, se tive parto em casa ou no hospital* (UGF13).
>
> *No meu caso, não pediram nada disso, sabem que sou casada com meu parceiro há 45 anos* (UGF17).
>
> *Eu até tentei dizer que estava com uma "dorzinha na vagina", mas ela (profissional) me respondeu assim, "é só higienização". Aquilo me doeu sabe! Minha vagina tem um cheiro diferente, não tem secreção e estava limpa. Nem me examinou, passou receita daquele pozinho rosa para pôr na água e mais nada* (UGF10).

Como destacado na literatura, a saúde vaginal deve ser abordada pelos profissionais de saúde, e os diálogos devem ser culturalmente sensíveis, respeitosos e adequados à idade. Nas consultas, os profissionais deveriam realizar avaliações vaginais e informar a importância dos cuidados vaginais no dia a dia da usuária. Fornece às mulheres oportunidades de aprender sobre suas vaginas, incluindo estratégias para manter e promover um estado saudável, é essencial para a promoção da saúde ginecológica (ZUZELO, 2017).

Frente ao exposto, pensar nos sentidos da integralidade e seu potencial para o desenvolvimento de uma consulta que atenda às necessidades de saúde ginecológica, requer inserir neste espaço ações de promoção da saúde. O princípio da integralidade orienta no sentido de que as usuárias sejam o centro da atenção e devam ser tratadas pelos serviços como um todo e não de forma fragmentada. Isso quer dizer que as necessidades ginecológicas devem ser atendidas nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004a). Desse modo, é desejável que a promoção à saúde sexual, seja uma constante no atendimento às mulheres, em consultas ginecológicas.

Nas consultas ginecológicas observadas a avaliação do profissional sobre a saúde ginecológica da usuária esteve orientada pelo uso de tecnologias e procedimentos, com vistas a diagnosticar alterações biológicas – ilhas de maior relevância. Entretanto, a

mulher precisa ser vista para além do objeto de cuidado do profissional, ou seja, como sujeito que está presente no mundo e se relaciona com este por meio de seu corpo, das suas experiências, as quais lhe possibilitam ter seus próprios sentimentos, reações, interpretações, percepções a respeito do cuidado que lhe é dispensado (SALOMÃO; AZEVEDO, 2010).

Mesmo que a promoção da saúde seja induzida via políticas públicas e entendida como estratégia de produção social de saúde, ainda são escassas ações promotoras da saúde da mulher, no campo da saúde sexual. O não atendimento às especificidades femininas e às necessidades no campo da saúde sexual tem repercussões nas experiências vividas com seus parceiros, quase sempre acompanhadas de dificuldade de negociação na vivência da sexualidade (COELHO *et al.*, 2009).

Nesse contexto, seria importante que, a RAS incorporasse os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, que objetiva estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado e promover a "[...] equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais" (BRASIL, 2014a, p. 13).

A promoção da saúde auxiliaria a romper com essa lógica fragmentada do cuidado em ilhas, pois nos serviços públicos, a porta de entrada é representada pela atenção primária e também pelas demandas sociais que acabam por se traduzir em demandas de saúde das usuárias, estas se encontrando na fronteira entre os modos de andar a vida e a patologia, propriamente definida. Daí a importância de práticas profissionais promotoras da saúde das mulheres, que se utilizem da promoção de saúde, das tecnologias de conversa, que facilitam a identificação das necessidades de saúde ginecológica, que poderiam vir a ser satisfeitas neste serviço.

Decorre daí a necessidade de (re) vermos nossos (pré) conceitos e preconceitos, em consultas ginecológicas. Compete ao profissional de saúde oportunizar encontros dialógicos, permitir o uso das tecnologias de conversação, de promoção da saúde, da escuta sensível, do acolhimento, da clínica ampliada para, além da queixa-do-dia. Somente, assim, as usuárias terão o domínio sobre seu corpo, sua sexualidade, sua autoestima e seu poder de decisão, coisas que têm sido negadas em alguns dos cenários de cuidado no oeste catarinense.

A integralidade envolve a organização do cuidado a partir das necessidades de saúde expressas pelas usuárias e está vinculada com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão biologicista do feminino e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, social, organizacional e de oferta de serviços. A saúde das mulheres não pode ser tratada de modo fragmentado, a problemas de saúde previamente definidos como tal, e isoladas do corpo, de seu contexto e de seus valores. Nesse sentido, a postura

dos profissionais de saúde é fundamental para que a atenção em saúde se aproxime ou se distancie da integralidade e em muitas situações só se realizará com redefinições da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Como refere Mattos (2001, p. 51), “[...] a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade”.

Nesse sentido, importa considerar que os modos de acolher as demandas ginecológicas que são expressas pelas usuárias em consultas ginecológicas precisam ser (re) pensados. Em primeiro lugar é necessário ampliar a escuta. Escutar mais deverá resultar em um acolhimento mais qualificado e no reconhecimento da legitimidade das demandas das usuárias (BRASIL, 2013f). Organizar o serviço a partir do acolhimento às usuárias exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde dessa população com base na consciência de que é necessário superar a prática tradicional, centrada na dimensão biológica, assumindo-se uma abordagem centrada na usuária. Todas essas mudanças são necessárias para que a atenção à saúde ginecológica na RAS estudada eleve seu potencial de resolutividade.

## 3 I A ORGANIZAÇÃO DA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE GINECOLÓGICA NO OESTE CATARINENSE PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS USUÁRIAS

A Constituição Federal brasileira de 1988 define como um dos princípios do SUS a integralidade, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, ofertados para cada caso em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990a). Essa definição foi, mais recentemente, reiterada pelo ministério no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e pela reedição, em 2017, da Política Nacional de Atenção Básica.

No campo da saúde ginecológica a integralidade da atenção é resultado da articulação entre ações de prevenção, promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde, reconhecendo-se as singularidades das usuárias e os limites das ofertas assistenciais em cada nível de atenção. Nesse sentido, a rede de serviços precisa estar organizada de modo a interligar unidades prestadoras de serviço de diversos graus de complexidade, formando uma rede capaz de prestar atenção integral às mulheres, configurada em respostas eficientes às suas necessidades (BRASIL, 1990b).

Mendes (2011) aponta para a importância dos sistemas logísticos em efetivar a integralidade da atenção na rede de saúde, os quais garantem uma organização dos fluxos de informações, produtos e pessoas, consolidados como referência e contrarreferência. Dentre os componentes logísticos, destacam-se, o prontuário clínico (informatizado ou manuscrito), como instrumento de registro das informações clínicas e psicossociais das usuárias e os sistemas de acesso regulado como prática comunicativa que garante a

utilização qualificada dos serviços para os quais as usuárias são encaminhadas. Com isso, tomar a integralidade como eixo estruturante da atenção à saúde ginecológica implica assumir esses fluxos e seus componentes logísticos, operacionalizados na forma de **referência e contrarreferência**, como organizadores das ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.

Dada a importância dessa dinâmica operacional para o alcance da integralidade da atenção em saúde ginecológica, neste capítulo desenvolvo uma análise sobre a referência e contrarreferência na rede pública de atenção à saúde ginecológica do Oeste Catarinense, considerando os contextos de atenção primária, secundária e terciária. A análise abrangeu o conteúdo das entrevistas realizadas com os atores implicados nesses fluxos – profissionais de saúde, diretor municipal de saúde e coordenadores dos serviços de saúde – e o conteúdo produzido nas interações grupais realizadas nos GFs com as usuárias da rede de saúde.

De modo geral, as falas dos participantes apontam para a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção, demostrada por problemas nos fluxos de referência e contrarreferência, os quais atingem grande parte das usuárias da RAS de Chapecó. Destaca-se nos depoimentos a fragilidade na interlocução entre os serviços, tornada visível por meio dos seguintes aspectos: problemas de acesso às ofertas assistenciais e adequação das mesmas às necessidades das mulheres; compartilhamento deficitário de informações entre os serviços; registros eletrônicos parcialmente implantados na rede e consequente subutilização dessa ferramenta; prática da contrarreferência (providências para o retorno da usuária ao serviço de origem) submetida aos interesses particulares de alguns profissionais de saúde; e restrição da referência e contrarreferência como prática exclusivamente médica.

Em contrapartida, também será destacado que, em situações específicas, como é o caso de mulheres com condições ginecológicas crônicas e demandas de usuárias idosas, os dados indicam que há um envolvimento maior dos profissionais de saúde na busca pela solução do problema que se arrasta na rede de atenção.

A principal dinâmica responsável pela integração da rede de atenção à saúde ginecológica, assim como de outras demandas, é o sistema de referência e contrarreferência (RCR), que é compreendido como mecanismo de encaminhamento das usuárias entre os serviços de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2008c). A referência é:

> [...] o ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade, que deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos (BRASIL, 1983, p. 13).

Já, a contrarreferência é “ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela

referência" (BRASIL, 1983, p. 9). Os fluxos de RCR deverão sempre ser acompanhados das informações necessárias ao seguimento das usuárias no serviço referenciado, portanto, informações sobre seu estado de saúde, procedimentos realizados, condições e situações psicossociais.

A análise sugere que, na experiência dos profissionais de saúde que atuam nos três níveis envolvidos na atenção à saúde ginecológica em Chapecó, em muitas situações, os fluxos de referência e contrarreferência são ineficazes, comprometendo a integração entre os serviços que compõe a RAS, o acesso das usuárias aos diferentes serviços e, consequentemente, sua resolutividade.

> *Não existe um fluxo de referência e contrarreferência estabelecido, vamos dizer assim, existe esse fluxo, mas esse fluxo nós sabemos que não seria o mais ideal* (EPE2-APS).
>
> *A referência e contrarreferência não estão tendo resolutividade, na maioria dos casos não é feita de forma adequada* (EPE6-ATS).
>
> *A referência e a contrarreferência na rede é bem deficitária, ineficiente, quase inexistente nos três níveis, tanto do hospital quanto da UBS e Clínica da Mulher* (EDE11-ATS).
>
> *Não existe uma referência e contrarreferência, seria muito importante que existisse, começando pelo prontuário eletrônico interligado, muitas vezes, o atendimento realizado e a conduta tomada, ficam aqui (atenção hospitalar), por falta da referência e contrarreferência* (EPE9-ATS).
>
> *A referência e contrarreferência entre os níveis de atenção secundária e terciária, não existe* (ECAE5-ASS).

Um estudo realizado na Região Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, por Pereira e Machado (2016), com o objetivo identificar como ocorria a referência e a contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a APS, conclui que, embora instituída a referência para articulação efetiva entre a APS e serviços em rede de saúde, ela é ineficiente, assim como constatada inexistência da contrarreferência.

Vale ressaltar que as necessidades de saúde ginecológica, muitas vezes, constituem condições que exigem assistência em vários pontos da rede de saúde municipal, sendo assim, uma estrutura ineficiente de fluxos de referência e contrarreferência, pode comprometer o encaminhamento bem-sucedido das usuárias entre os diferentes níveis de atenção.

O posicionamento dos profissionais sobre como a RAS é organizada para atender as necessidades de saúde ginecológica das usuárias atendidas por eles na atenção primária é indicativo de que estes se ressentem de uma maior articulação com o serviço especializado e o atendimento hospitalar. As falas abaixo ilustram este argumento.

> *O serviço hospitalar não consegue acessar o prontuário eletrônico da atenção primária, então fica difícil essa articulação, a comunicação e organização da*

*rede* (ECAB-APS).

> *Muitas vezes, por exemplo, se a usuária não voltar* (para atendimento na APS) *e nós não abrirmos o prontuário dela, não vamos ficar sabendo o que aconteceu no atendimento do serviço especializado, os fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos* (EPE2-APS).

> *Não há, não existe a contrarreferência real. O que existe é que eu verifico no prontuário eletrônico, quando há, o atendimento para qual eu a encaminhei. Porém, onde não há o prontuário eletrônico, como por exemplo, no hospital, não há qualquer contrarreferência* (EPM3-APS).

Para o MS as práticas dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurado em um sistema capaz de prestar assistência integral à saúde ginecológica na rede de atenção (BRASIL, 1990b). Os dados empíricos sugerem que no atendimento as necessidades de saúde ginecológica, a RAS estudada contraria essa premissa. A desarticulação entre a APS e os serviços de atenção especializada e hospitalar implica na dificuldade da atenção primária em assumir seu papel de ordenadora da rede. Tal papel, por sua vez, é desempenhado quando a APS se mantém como o centro de comunicação acerca dos fluxos que envolvem encaminhamentos e retornos das usuárias aos serviços, uma vez que sem esse ordenamento não é possível garantir a resolutividade dos problemas no âmbito da saúde ginecológica e, tampouco, garantir a integralidade e continuidade do cuidado prestado a essas mulheres (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Por meio de um estudo realizado em 2014 no Estado da Paraíba, focado na análise da organização, articulação e assistência da rede de atenção à saúde, a partir da APS, concluiu-se que existiam fragilidades na definição dos fluxos de referência e contrarreferência, fato que, segundo os autores, poderia comprometer a integralidade e o papel da APS na coordenação do cuidado e ordenamento das redes. Assim como no presente estudo, as fragilidades apontadas na pesquisa realizada na Paraíba são reveladoras de uma clara fragmentação da atenção nos seus diferentes níveis de complexidade, destacando-se a desarticulação entre:

> [...] instâncias gestoras do sistema e entre essas e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços voltados a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (PROTASIO ***et al.,*** 2014, p. 10).

As experiências das usuárias, relatadas nos GFs, confirmam que a pouca eficiência dos fluxos de referência e contrarreferência na RAS estudada, resultam em prejuízos no atendimento de suas necessidades de saúde ginecológica.

> *Todo o mês, durante o ciclo menstrual eu sinto muita dor, a princípio, fui encaminhada ao hospital, mas o profissional de lá* (atenção hospitalar)*, me*

> *mandou de volta para o posto, disse que não era nada. Já, o profissional do posto (atenção primária), disse que não tem nada a ver, me encaminhou pra clínica da mulher (atenção especializada). Enfim, voltei para o posto sem resolver meu problema, já faz uns três ou quatro anos que eu estou tentando um meio de diminuir essa dor* (UGF2).

> *A clínica da mulher* (serviço especializado) *me encaminhou três vezes ao hospital. Era para eu ter feito a cirurgia na primeira vez, ficava indo e vindo, de um lado para o outro, até que na terceira tentativa, consegui resolver* (UGF3).

> *Assim, eu acho que a clínica da mulher (serviço especializado) poderia aumentar seu atendimento, nós vemos que muitas mulheres são encaminhadas para esse serviço, sabendo que precisam, mas quando chegam lá (serviço especializado), são encaminhadas de volta para o posto, o médico diz que não tenho nada, então voltam para casa com a incerteza do diagnóstico* (UGF18).

As falas das usuárias são sugestivas de que dentre os prejuízos no atendimento de suas necessidades de saúde ginecológica, destaca-se o encaminhamento inoportuno aos serviços. Tal contexto se configura a partir do momento em que há o uso de serviços cuja densidade tecnológica não corresponde ao que é necessário para resolver seus problemas de saúde, resultando em diagnóstico e tratamento tardios ou mesmo diagnósticos e tratamentos equivocados.

Corroborando os depoimentos das usuárias e profissionais de saúde, a observação direta em consultas ginecológicas, como mais um recurso investigativo desta pesquisa, permitiu identificar situações que reforçam as críticas acerca da RCR na rede de atenção estudada. Em uma das consultas observadas, a usuária, no retorno ao serviço da APS 20 dias após realização de histerectomia, questionou a necessidade de retirar os pontos da incisão abdominal. A pergunta gerou perplexidade na profissional que a atendia, expressa no comentário dirigido à pesquisadora, *"como sempre, dependemos da boa vontade da usuária para sabermos as intervenções realizadas no serviço referenciado"* (OD1-APS). Em outra situação, quando a observação da consulta já estava na fase dos registros, momento em que a usuária havia se retirado da sala, a profissional que prestava atendimento demostrou surpresa ao descobrir, por caso, que no SISCAN constava o registro de que uma usuária pertencente ao seu território havia realizado o procedimento de colposcopia do colo do útero. Essa descoberta ocorreu no acesso ao sistema para fins de registro dos diagnósticos dos exames citopatológicos do mês, ou seja, não no contato direto com a referida usuária.

Colposcopia é um procedimento que permite visualizar a vagina e o colo do útero permitindo que os tecidos e órgãos sejam explorados minunciosamente por um aparelho denominado de colposcópio, permite o aumento de 10 a 40 vezes do tamanho normal do colo do útero, o que facilita a identificação de lesões precursoras do câncer e que necessitam ser biopsiadas. Esse procedimento é indicado nos casos de resultados anormais do exame de Citopatológico do colo do útero para identificar lesões precursoras do câncer, uma das

mais prevalentes na população brasileira (SILVA, 2016).

O INCA recomenda que mulheres com resultados de colposcopia sugestivos de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I), deverão ser referenciadas a APS para seguir com o tratamento, que consiste no acompanhamento da lesão do colo do útero, mediante aplicação do ácido acético. O objetivo do seguimento para fins de aplicação do ácido acético é causar desidratação celular e coagulação das proteínas intranucleares das células que revestem o colo do útero. Assim, a intensidade do aceto-branqueamento é proporcional à gravidade da lesão o que facilita a visualização da lesão e o processo de involução ou não da doença (SILVA, 2016).

A aplicação consiste na embrocação de todo colo e vagina com um chumaço de algodão embebido em solução de ácido acético a 5%. Após um minuto e com o auxílio de foco clínico comum direcionado para a abertura do espéculo, todo o colo é inspecionado em busca de lesões acetorreativas. A aplicação é caracterizada como positiva quando do aparecimento de qualquer lesão esbranquiçada, opaca ou brilhante, no colo. É considerado negativo para a doença se o colo permanecer com sua coloração normal (rósea, lisa e uniforme) após aplicação da solução (CORDEIRO *et al*., 2005). Sendo assim, o seguimento das usuárias após a realização do procedimento de colposcopia é fundamental para o sucesso do tratamento e o rastreamento de novas células neoplásicas intraepiteliais cervicais (NIC) e lesões induzidas principalmente por HPV, que é fator de risco para esse tipo de câncer. Os dados sugerem que no caso descrito acima, este seguimento não ocorreu, comprometendo o resultado do tratamento.

Considerando os problemas na operacionalização da contrarreferência, já apontados pela presente pesquisa, é provável que essa não seja a única situação vivenciada pelas usuárias na utilização das ofertas assistenciais referentes à atenção ginecológica, onde, em função da ausência do devido encaminhamento ficou comprometido o tratamento já iniciado. A falta da contrarreferência no retorno à APS pode ainda, resultar em lacunas nos registros do histórico de saúde da usuária e das possíveis intervenções as quais ela foi sujeito nos diversos níveis de complexidade da RAS. Isso pode comprometer de modo significativo a possibilidade de continuidade do tratamento, inviabilizando uma atenção integral. A quase ausência do retorno formal e monitorado da usuária para APS torna incompleto o processo de integração da rede, reduzindo assim, as possibilidades de ordenamento e coordenação dos cuidados pela equipe de atenção básica.

Esse cenário de fragilidade no fluxo de referência e contrarreferência, da RAS do município de Chapecó foi identificado anteriormente, em estudo realizado no ano de 2013 na região Oeste. A pesquisa objetivou avaliar a adequação da estrutura e dos processos da APS, considerando a perspectiva dos coordenadores dos serviços. Todos os coordenadores das UBS referiram dispor de sistemas de referência e contrarreferência, porém, a maioria deles, avaliou o processo de contrarreferência como parcialmente adequado ou inadequado

(VITORIA *et al.,* 2013).

Passados cinco anos da avaliação feita por Vitoria *et al*. (2013), parece que houve pouca mudança na efetividade dos fluxos de referência e contrarreferência, considerando os dados da presente pesquisa. Um ponto a destacar é que, embora o estudo anterior tivesse enfocado a RAS como um todo e o presente estudo tenha limitado o foco na atenção à saúde ginecológica, ambos chegaram à mesma conclusão. Isto sugere que, nos serviços da rede pública de saúde do município de Chapecó encontra-se com uma clara fragilidade no processo de referência e contrarreferência, especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade da atenção.

Nesse sentido, para configurar uma rede de serviços de saúde capaz de garantir o acesso das usuárias a um atendimento resolutivo das suas necessidades, é imprescindível que os fluxos de referência e contrarreferência sejam eficientes, a exemplo dos encaminhamentos, que deverão conter informações precisas e necessárias ao seguimento das usuárias nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2012a).

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas "[...] de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações" (BRASIL, 2016a, p. 5). Nesse contexto, tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ter informações que possam fornecer elementos para o processo de tomada de decisão e que propiciem a comunicação entre os pontos de atenção à Saúde. Considerando o que se preconiza na esfera de gestão nacional sobre os protocolos de encaminhamento dos usuários nas RAS e o que se verifica na esfera em que as ações são executadas, algumas questões fundamentais sobre o tema devem ser respondidas: A usuária tem indicação clínica para ser encaminhada a outros serviços? Os motivos de encaminhamentos estão de acordo com o protocolo de atendimento? A usuária necessita de prioridade de acesso ao serviço referenciado (especializado ou hospitalar)? O serviço referenciado foi comunicado à discussão do caso clínico dos motivos de encaminhamento da usuária? Existe uma necessidade concreta desse encaminhamento?

Podemos refletir sobre essas questões a partir do que os profissionais da RAS de Chapecó referem acerca do encaminhamento às consultas ginecológicas em serviços de maior densidade tecnológica, mediante encaminhamentos informatizados ou manuscritos, os quais são regulamentados por meio de protocolos. É importante mencionar que no município estudado é desenvolvido o "Protocolo de Encaminhamento de Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia e Climatério para a Clínica da Mulher". Instituído em 2013, neste material, os profissionais de saúde da atenção primária têm acesso aos principais motivos de encaminhamentos das usuárias para atenção especializada e hospitalar (Protocolo de Encaminhamento de Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia e Climatério para a Clínica da Mulher, 2013). O cumprimento desse protocolo depende, entretanto, do conhecimento

de informações das usuárias, para determinar a necessidade da consulta no serviço especializado ou hospitalar, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão.

Nesta pesquisa, os profissionais mencionaram que as informações compartilhadas se referem exclusivamente ao motivo do encaminhamento, o que limita a abrangência das informações necessárias ao acompanhamento dos casos e cuidado das mulheres. Esse contexto também é indicativo de que, do modo como estão estruturados, esses protocolos podem estar fornecendo orientações pouco específicas quanto à necessidade de coleta de informações mais completas da situação das mulheres, do processo de adoecimento e das intervenções e cuidados realizados. Além da qualidade dos registros nos encaminhamentos, importa também considerar a disponibilidade de dispositivos capazes de armazená-los e tecnologias de compartilhamento inter e intraserviços da RAS. A relevância desses aspectos é atestada nas falas a seguir:

> *O encaminhamento oriundo da atenção primária e secundária, na sua maioria, são encaminhamentos escritos, contendo uma história bem resumida, da queixa do momento, o que a usuária está tendo agora. N*ão tem nada da história anterior, não vem um exame, nem contato telefônico (EPE6-ATS).
>
> *O encaminhamento, normalmente, vem na forma de um receituário escrito ou digitado [...] são informações bem específicas, pontuais, relacionados à situação do momento* (EPE9-ATS).
>
> *A comunicação entre os serviços ocorre mediante encaminhamento com o motivo da consulta. Uma vez realizada a consulta e dado o devido encaminhamento, é registrado no prontuário eletrônico da paciente, quando o serviço dispõe de prontuário eletrônico* (EPM4-ASS).

Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos, o preenchimento do motivo do encaminhamento com informações mínimas da usuária é fundamental para nortear as ações de cuidado de forma longitudinal. A fala do profissional que atua na atenção hospitalar reforça as afirmações acima, de que alguns encaminhamentos que, partem da APS "*não tem nada da história da usuária precisamos começar do zero"* (EPE6-ATS), ilustrando os prejuízos que a falta de informações sobre a história de saúde da usuária pode trazer ao processo de cuidar.

A questão dos encaminhamentos e registros na dinâmica das RAS também foi foco de um estudo realizado na cidade de Barretos, no ano de 2017. O estudo teve como foco a coordenação do cuidado pela APS e processo de construção da RAS em uma região do Estado de São Paulo. Os autores do estudo concluíram que para assegurar a coordenação do cuidado pela APS na rede de atenção, o compartilhamento das informações entre equipe-serviços precisa ser aprimorado. Para que isso ocorra, o estabelecimento de protocolos de encaminhamento, com equipes devidamente treinadas para utilizá-los, oportuniza a continuidade informacional e favorece a integração das equipes entre os

diferentes níveis de complexidade (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Nas discussões grupais as usuárias apresentaram informações que expressam suas experiências com relação aos protocolos de encaminhamento. Nos relatos, podem ser identificadas evidências do cenário descrito pelos profissionais.

> *Quando fui encaminhada para fazer o ultrassom* (serviço especializado), *levei um papelzinho com meu problema [...] daí eu fiz um ultrassom que foi constatado que eu estava com mioma* (UGF3).
>
> *Sim, eu também fui encaminhada* (serviço especializado), *levei um papel que é o encaminhamento daqui* (atenção primária). *Na verdade foi marcada só uma consulta, aí eu fui para lá, estava escrito "colo agudo solicito avaliação"* (UGF11).
>
> É eles mesmos marcaram aqui (atenção especializada) *e encaminharam para lá* (atenção hospitalar), *com um papel, tinha dia e a hora, estava escrito que eu tinha aquele negócio no útero, mioma* (UGF14).
>
> *Eu também fiz um encaminhamento* (atenção especializada) *para marcar a cirurgia. Saí daqui* (atenção especializada), *para operar no hospital, estava escrito no papel que meu mioma era grande demais* (UGF18).
>
> É eles (profissionais da atenção básica) *marcaram e me encaminharam* (atenção especializada) *com um papel para investigar minha dor* (UGF5).

As experiências das usuárias são sugestivas de que, os encaminhamentos realizados em diferentes níveis de atenção à saúde, em muitas situações, contêm informações mínimas e pouco explicativas acerca de seu histórico de saúde, o que pode se constituir num importante entrave à garantia de cuidado integral.

O motivo de encaminhamento, sob forma de protocolos, desenhados e pactuados internamente, para cada instituição, responsabilizando nominalmente cada ator envolvido no processo, ajuda a determinar se a usuária necessita do encaminhamento para os demais níveis de atenção e a definir a prioridade deste encaminhamento.

O MS reconhece a importância dos protocolos de encaminhamento e recomenda que as equipes de atenção básica e especializada, possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado das usuárias, [...] evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (BRASIL, 2016a, p. 06). O cumprimento dessas funções, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários das usuárias e traz maior equidade à gestão do cuidado nos diferentes níveis de complexidade.

A observação direta da consulta, em nível hospitalar, confirmou as experiências trazidas pelas usuárias, em relação aos encaminhamentos na rede de atenção à saúde ginecológica. No decorrer do processo de consulta, dois encaminhamentos foram observados, a saber: "*Sangramento vaginal importante, solicito avaliação"* e "*Mioma uterino acima de 300 cm$^3$ com sangramento vaginal intenso"* (OD2-ATS; OD3-ATS). Tais observações reforçam encaminhamentos com informações pontuais e específicas, que

podem em alguma medida, se constituir em obstáculos para continuidade informacional e complementar entre os níveis de atenção.

A análise das informações é indicativa, também, de que os problemas na organização e funcionamento da RAS estudada que prejudicam a efetividade da referência no contexto específico da atenção ginecológica, têm a ver com a ausência de critérios de avaliação de risco nos encaminhamentos da APS à atenção secundária e terciária. Segundo os profissionais que atuam na atenção hospitalar isto vem reduzindo a agilidade dos serviços na resolução dos problemas de saúde ginecológica, resultando em ônus financeiro para o sistema e pessoal para as usuárias. Neste cenário, atendimentos duplicados e exposição das usuárias a procedimentos desnecessários ganham destaque na crítica apresentada nos depoimentos:

> *[...] o que tem que melhorar é encaminhamento sem necessidade*, *temos uma demanda grande, o sistema fica lento, poderia ser mais rápido para as necessidades urgentes. Também a comunicação antes de encaminhar a usuária, um contato telefônico, uma triagem lá no começo iria ajudar bastante*, *um pessoal que identifique direito e que não queira só se livrar do paciente, isso tem muito* (EPM8-ASS).

> *[...] esse tipo de atendimento deveria ser feito na unidade de saúde, acaba sendo mais uma paciente sendo atendida na emergência, sem uma necessidade de emergência, além de onerar o serviço, é um atendimento não urgente que poderia ser agendado na unidade de saúde, onera o serviço de saúde de um modo geral, gasta lá, gasta aqui, muitas vezes por falta de comunicação, são duplicados os atendimentos e a realização dos mesmos exames* (EPE9-ATS).

Torna-se, portanto, indispensável à coordenação eficiente e responsável da RAS pela APS, que responda às necessidades de saúde ginecológica. Isso se fará por meio de protocolos de encaminhamento efetivos, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados às usuárias.

Nesse sentido, para configurar uma rede de serviços de saúde capaz de garantir o acesso das usuárias a um atendimento resolutivo das suas necessidades ginecológicas, conforme o respectivo nível de complexidade é imprescindível que todos os profissionais contribuam para a maior eficiência dos fluxos de referência e contrarreferência. A importância do acesso centra-se em intervenções e cuidados com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das usuárias.

Na oportunidade de troca de experiências nos GFs, as usuárias puderam expressar como se deu o acesso à rede de atenção à saúde ginecológica e notabilizar os obstáculos para uma atenção contínua e integral. Uma delas referiu se sentir como uma *"peça solta"*, que *"vai pra cá e vai pra lá"* na rede de atenção.

> *Eu acho que eles (médicos) se contradizem um pouco, aqui* (atenção básica)

> *diz uma coisa, lá no outro serviço* (atenção especializada*) diz outra [...] na semana passada fui mandada para lá (atenção especializada) e voltei para cá* (atenção básica) *porque lá disseram que isso que eu tenho a médica tem que resolver aqui (atenção básica), aí um joga para o outro, a paciente fica no meio, ali como um objeto, uma peça solta, que vai pra cá e vai pra lá* (UGF18).
>
> *Bom, a primeira vez eu vim aqui no posto (atenção primária), eu tinha um pequeno corrimento que era normal, como disse a enfermeira, na segunda vez, eu tinha um corrimento um pouquinho mais forte. Fiz o tratamento com a pomada, sete dias, não passou, então, ela (profissional médica) me encaminhou para o outro serviço (atenção especializada). Lá disseram que não era nada, voltei ao posto de saúde com o mesmo problema, aí você fica neste vai e vem (UGF11).*

O relato das usuárias é sugestivo de que, problemas de acesso nos diferentes níveis de atenção, podem ter relação com o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, representada pelo trecho da fala *"eles se contradizem um pouco"*. Essa truncada comunicação entre os profissionais de saúde é geradora de insatisfação por parte das usuárias quanto à resolutividade do atendimento ofertado.

O acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados, com a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades de saúde. O acesso é, portanto, a forma como a usuária experimenta o serviço de saúde na rede de atenção (ASSIS; JESUS, 2012). Como destacado na literatura, a questão do acesso ganha importância ao articular-se ao princípio da integralidade. Para que a rede de atenção à saúde ginecológica cumpra sua função, é importante que cada nível de atenção reconheça, adequadamente, a variedade de necessidades relacionadas à saúde das usuárias e disponibilize os recursos para atendê-las (STARFIELD, 2002).

Além disso, a percepção da usuária de que foi "*tratada como um objeto, uma peça solta",* reitera o argumento de que a RAS estudada vem operando de forma desarticulada, gerando desconfortos, e que isto tem criado dificuldades para dar conta do atendimento às necessidades de saúde ginecológica. Nessa perspectiva, parece que aspectos implicados com a qualidade da oferta assistencial e satisfação das usuárias não têm sido suficientemente valorizados, dificultando aproximações com a meta da integralidade. É o caso do acesso, da resolutividade, dos mecanismos formais de referenciamento e dos instrumentos para o seu acompanhamento, entre outros. A RAS é resultado da atuação sinérgica de todos estes componentes, um complementando o outro. Qualquer deles que se apresente pouco eficiente vai causar impacto negativo no funcionamento dos demais, reduzindo as chances das ofertas assistenciais de dar conta das necessidades de saúde ginecológica das usuárias.

Merhy (1999; 2002) argumenta que a resolutividade dos serviços tem a ver com a capacidade de se colocar à disposição das usuárias toda a tecnologia disponível para a realização do diagnóstico e da terapêutica mais indicada, possibilitando uma abordagem

individual e coletiva para as necessidades de saúde apresentadas. A resolutividade supõe a sua ocorrência mediante a exigência da usuária que busca um serviço de saúde para o seu atendimento, ou seja, que o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2010a).

Para assegurar a resolutividade na rede de atenção, componente imbricado com a integralidade, a aceitabilidade do serviço pela usuária precisa ser valorizada como um fundamento do acesso. A aceitabilidade está relacionada à satisfação das usuárias quanto à localização e à aparência do serviço, à concordância quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010c).

Baseado em percepções das usuárias, argumenta-se que o acesso aos diferentes níveis de complexidade não é suficiente para garantir a resolutividade do problema de saúde. O vaivém das usuárias nessa rede de atenção indica certo desajuste entre as suas expectativas e os atendimentos ofertados, revelando aspectos dos serviços que precisam ser melhorados, a exemplo da investigação do problema de saúde, conforme ilustram as experiências captadas ao longo dos GFs a seguir:

> *Os profissionais de saúde precisam investigar mais, não adianta encaminhar para o especialista, fazer exames e devolver para o posto, precisa discutir com o outro profissional, precisam dar uma solução para meu problema de saúde, não posso viver com essa incerteza* (UGF7).
>
> *Vamos dizer assim, eles (profissionais de saúde) atendem muito bem a gente, só que eu sinto que eles (profissionais de saúde) não têm aquela coisa de investigar nosso problema, aí ficamos indo e vindo, sem saber o que temos de verdade* (UGF3).
>
> *Os profissionais precisam investigar melhor, com um olhar diferente, eu gostaria de saber o que eu tenho, como disse o meu marido, "me parece que tudo é normal para eles (profissionais de saúde)"* (UGF15).

Um estudo realizado por Gaioso e Mishima, no ano de 2007, que avaliou a aceitabilidade dos usuários sobre os cuidados oferecidos pelas Equipes de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP, encontrou resultados semelhantes aos da presente pesquisa. O estudo concluiu que, dentre as situações de insatisfação enfrentadas pelos usuários, destacam-se, a não obtenção da resolução de seus problemas, a permanência dos mesmos sintomas e erros de diagnóstico ou tratamento. Cumpre esclarecer que, na experiência das usuárias participantes da pesquisa, a aceitabilidade pode ser alcançada por meio de um atendimento que estabeleça atitudes investigativas e que tenha capacidade de solucionar a maior parte dos problemas de saúde apresentados, fazendo uso oportuno dedas tecnologias disponíveis em cada nível de atenção. Essa conjunção de ações tende a produzir um cuidado que minimize os efeitos de se (con) viver com a incerteza da doença e/ou diagnóstico.

A relação entre acesso e resolutividade é apontada com destaque na literatura. Finkler *et al*. (2014), afirmam que um serviço acessível é aquele de fácil abordagem, disponível às usuárias, no qual não há barreiras geográficas, gerenciais, financeiras, culturais ou de comunicação. A resolutividade revela a sua ocorrência quando a exigência da usuária que busca um serviço de saúde para o seu atendimento, corresponde à capacidade desses serviços em enfrentar os problemas e resolvê-los até o nível da sua competência (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2010a). Além disso, pode-se considerar que satisfação está diretamente relacionada à resolutividade dos serviços, visto que ter resolutividade, na maioria das vezes, está estatisticamente associado com estar muito satisfeito. Os mesmos autores sugerem, assim, que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação da usuária, às tecnologias em saúde, a fluxos de referência e contrarreferência, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento e aos aspectos socioculturais das usuárias (SANTOS; PENNA, 2015).

Outra questão que emergiu do discurso dos participantes diz respeito a resolutividade no que concerne as tecnologias em saúde. As tecnologias em saúde são todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde das usuárias (BRASIL, 2010f). Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde. Dentre as tecnologias em saúde disponibilizadas as usuárias destacam-se as tecnologias de informações, a exemplo dos registros de atendimento, que nem sempre são utilizados da forma mais efetiva pelos profissionais nos diferentes níveis de atenção.

Os profissionais reconhecem a existência de dificuldades na operacionalização da referência e contrarreferência na rede de atenção estudada, indicando como uma das causas à falta de integração entre os registros de atendimento, por meio de prontuários clínicos informatizados ou manuscritos nos três níveis de atenção.

> *[...] acho que uma possibilidade para efetivar a referência e contrarreferência é estar vinculando os sistemas eletrônicos, da unidade primária com os demais níveis de atenção* (EPM7-ASS).
>
> *No caso da rede de atenção primária e secundária do município, nós estamos completamente informatizados, então o prontuário eletrônico facilita o seguimento dessa usuária no percurso da rede* (EDAB-APS).

O principal problema é a ausência de prontuário eletrônico no serviço de atenção terciária. Com a indisponibilidade das informações contidas nos registros de atendimentos, diagnósticos e abordagens terapêuticas na APS e no serviço especializado, os dados referentes ao histórico de saúde não são acessados no atendimento hospitalar. Além disto, sem o prontuário eletrônico, perde-se a possibilidade do compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e os serviços, dificultando

tomadas de decisões e, provavelmente, retardando a resolução dos problemas (MENDES, 2016). Especialmente nos serviços de atenção terciária, onde esses problemas são mais críticos, demandando celeridade na resolução, a falta de um histórico de saúde complica o atendimento.

> *Um grande desafio é a implantação e integração no nível terciário, para que essas mulheres ao chegarem nesse nível especificamente, tenham mais qualidade na assistência, diagnóstico e tratamento de acordo com as necessidades* (EDAB-APS).
>
> *[...] é importantíssimo, que o hospital tivesse acesso ao sistema eletrônico da rede [...] a paciente chega aqui* (atenção hospitalar) não tem os dados dela (usuária)*, vai lá rapidinho e busca, já consegue ter um parâmetro melhor da situação, do que está acontecendo com aquela mulher [...] há quanto tempo ela tá com essa queixa* (EPE6-ATS).
>
> *A referência e contrarreferência, entre as unidades básicas de saúde e a clínica da mulher são feitas via prontuário eletrônico [...] saindo daqui (atenção especializada) para outros níveis, atingindo o hospital, poucas vezes recebo de volta uma contrarreferência* (EPM4-ASS).

A comunicação entre os serviços que atendem as necessidades das usuárias nos seus três níveis de complexidade é um aspecto do funcionamento da RAS que é crucial para o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência e para a viabilização de um acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) da sua saúde. Há evidências de que o prontuário eletrônico otimiza o trabalho do profissional de saúde, pois permite o acesso mais veloz às informações do paciente e à documentação dos cuidados prestados ao longo da vida, reduz a redundância de procedimentos, proporciona legibilidade dos registros e integração entre os níveis de atenção (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

Além disto, sem acesso aos registros, as abordagens de cuidado acabam sendo informadas por dados nem sempre precisos, comprometendo a qualidade desse cuidado. É o que alerta a coordenadora da atenção especializada.

> *A inexistência de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção secundária e terciária está relacionada à ausência do prontuário eletrônico, dessa forma, a comunicação acontece por meio do boca a boca. Ela (a usuária) vai ao hospital e volta aqui (atenção especializada) dizendo que fez isso, isso e isso* (ECAE-ASS).

Nas experiências das usuárias, esta questão da imprecisão das informações é percebida como um entrave à continuidade do cuidado na rede de atenção. Conforme sugerem os depoimentos a seguir:

> *É engraçado, a gente percebe que pelas perguntas do médico (atenção hospitalar), que ele (profissional médico) não sabia nada sobre mim, da minha doença, das minhas tentativas de tratamento, do tempo que estou esperando para operar (UGF1).*

> *Sim, comigo também foi assim, refiz todos os exames no hospital, aí o médico me disse que eu tinha um mioma enorme e que precisava operar, mas isso eu já sabia, o outro médico (atenção básica) tinha me dito* (UGF17).

Esta falta de continuidade do cuidado tem reflexos diretos e indiretos na resolutividade dos serviços para atendimento das necessidades de saúde ginecológica das usuárias da RAS. Dessa forma, a incorporação de tecnologias operativas de informação, a exemplo do prontuário eletrônico integrado, são necessárias para aperfeiçoarem o acesso e a resolutividade das ações em saúde, sob uma perspectiva cuidadora.

Giovanella e Mendonça (2012, p. 27) sugerem que para existir coordenação do cuidado deve ocorrer, a transferência de informações sobre os problemas de saúde das usuárias, bem como "[...] da atenção recebida, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de ações, garantindo-se a continuidade do cuidado".

Disso decorre o fato de que as transferências de informações da RAS não podem ser feitas de forma independente e fragmentada, mas de forma coordenada entre os cuidados especializados, hospitalares e a APS. A diferença fundamental está no fato de que, nas RAS, há informação entre os diversos componentes e há coordenação que é exercitada pela APS (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

O uso apropriado e permanente do prontuário eletrônico integrado impacta definitivamente no envio de informação adequada ao especialista (referência) e no seu retorno ao generalista (contrarreferência), permitindo a continuidade do cuidado entre profissionais ou serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Destaca-se, ainda, que o prontuário eletrônico permite a "[...] preservação da autenticidade e integridade da informação em saúde", por meio, da emissão de laudos e resultados de exames complementares e extratos de dados com diferentes finalidades (BRASIL, 2016a, p. 13).

A fala a seguir, reforça a importância da rede de atenção à saúde ginecológica, dispor de registro eletrônico de atendimento como elemento integrador de informação e comunicação, disponível, oportunamente, para qualquer profissional de saúde acessar as informações da usuária e a documentação dos cuidados prestados ao longo da vida.

> *O hospital, não é integrado em rede, à clínica da mulher sim, é o mesmo prontuário da atenção primária, assim, conseguimos saber qual foi o resultado da colposcopia, por exemplo, [...] se foi pedida uma biópsia, se o ginecologista de lá fez biópsia ou não* (EPE2-APS).
>
> *[...] a ausência do prontuário eletrônico no hospital, integrado* à *rede, acaba onerando o sistema, tanto o município como o próprio hospital, ainda é um desafio que precisamos avançar* (EDAB-APS).

O uso das tecnologias de informação em saúde é tendência mundial. Um estudo realizado em 2011, cidade de Toronto, Canadá, comparou as diferenças na provisão de

serviços preventivos entre médicos de família baseados na comunidade que utilizavam o prontuário eletrônico e aqueles que continuam a usar registros baseados em papel. O estudo concluiu que, há experiências bem sucedidas de prontuários mistos em Toronto, no Canadá, onde se utiliza o método eletrônico de registros médicos em alguns aspectos do atendimento, sem que se despreze totalmente o prontuário de papel. Os entrevistados confirmaram a maior eficácia na oferta dos serviços preventivos mediante uso do prontuário eletrônico, e acreditavam que a implementação de prontuário eletrônico melhorou a qualidade de seus registros, a organização das informações e o acesso rápido as informações sobre o paciente (GREIVER *et al.,* 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 2013, no âmbito do SUS estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde e recomenda a existência de um prontuário único em todos os níveis de atenção. O prontuário único é definido como o "[...] conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde" (BRASIL, 2013d, p. 2).

A importância do prontuário eletrônico como um documento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado foi descrita no estudo de Rondina, Canêo e Campos, realizado na cidade de São José do Rio Preto, em 2014, que avaliou a experiência dos profissionais da saúde na atenção hospitalar sobre a implantação dos prontuários eletrônicos do paciente. O estudo conclui que, após cinco anos da implantação desse recurso tecnológico, 59% dos entrevistados consideram o prontuário eletrônico mais vantajoso para se trabalhar entre equipes saúde e 65% consideram mais vantajoso para apoiar o tratamento, diagnóstico e conduta dos problemas de saúde dos pacientes. Outras vantagens que merecem destaque são: acesso rápido ao histórico do paciente; compartilhamento das informações entre equipes; eliminação da duplicidade de dados e pedidos de exame; possibilidade de integração com outros sistemas da rede; facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros; auxílio no processo de tomada de decisão e na efetividade do cuidado e a redução no tempo de atendimento (RONDINA; CANÊO; CAMPOS, 2016).

A ausência ou a pouca qualidade dos registros reduz a capacidade dos profissionais se situarem na realização de um atendimento que abranja as singularidades de cada caso. Tais singularidades são produzidas ao longo da trajetória de vida e de saúde de cada usuária e não há como respeitar o princípio da integralidade sem incorporá-las no cenário do atendimento. Conhecer as histórias das usuárias contribui para a compreensão não só, das suas necessidades e de como elas foram produzidas, mas, também, das melhores formas de atendê-las.

Desta maneira, as informações obtidas pelos participantes da pesquisa permitem inferir que o prontuário eletrônico da paciente é um recurso tecnológico que proporciona

legibilidade dos registros e integração entre os níveis de atenção. Além disso, favorece o rápido acesso à história pregressa da usuária, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de ações, reduzindo a redundância de procedimentos e maximizando a continuidade do cuidado.

Apesar de reconhecer a importância da disponibilidade do prontuário eletrônico na RAS, os profissionais entrevistados sugerem que isto não basta. Na sua visão, para que o prontuário eletrônico cumpra efetivamente sua função, é necessário qualificar os registros. Um dos problemas parece ser a pouca valorização que os profissionais responsáveis por fazer os registros conferem ao histórico de saúde da usuária ou a informações anteriores ao quadro atual. As informações registradas no prontuário são insuficientes e, na maioria das vezes, se restringem à *"queixa-do-dia"* que é foco do encaminhamento da usuária aos demais níveis de atenção. Os depoimentos dos profissionais que atuam na atenção básica e no serviço especializado ilustram esse achado.

> *A gente nem sempre consegue olhar o todo da pessoa. A mulher vem com uma queixa, por exemplo, leucorréia, a gente trata a queixa do momento, tu dá o tratamento, usa por sete dias, passa na farmácia e deu, registra no prontuário e passa a próxima paciente* (ECAB-APS).
>
> *Na minha consulta sempre pergunto quando começaram aqueles sintomas,* às vezes elas já dizem "eu já tive isso várias vezes*", assim, tenta-se tratar pelo sintoma, pela queixa do momento, depois já orienta, "se você não melhorar, volta que vamos fazer um exame para investigar o que é essa secreção"* (EPE2-APS).
>
> *[...] no prontuário tem uma história bem resumida, da queixa do momento, que está tendo agora, não tem nada da história anterior, não vem um exame, nem contato telefônico [...] vem só o receituário com a queixa-do-dia [...] um atendimento mais específico, precisa começar do zero* (EPE6-ASS).
>
> *A gente percebe mais na questão ginecológica, são pacientes que vem com queixas de dor no baixo ventre e região pélvica, existe uma queixa de leucorréia, de febre, ou algo assim, eles (atenção básica) acabam encaminhando (atenção especializada) para fazer a avaliação dessa queixa do momento* (EPM7-ASS).

A crítica a esse formato unidimensional de escuta da queixa/solução, expresso pelo conhecido binômio queixa-conduta, reflete no esforço em superar práticas de esvaziamento das relações de vínculos e momentos dialógicos entre profissionais de saúde e usuárias na rede de atenção. O cenário estudado indica que é preciso reconhecer que a atenção à saúde ginecológica, necessita evoluir para além de um cuidado que se ocupe unicamente da queixa biológica da usuária, buscando contemplar nas práticas em saúde, a integralidade da atenção, que considera as peculiaridades e subjetividades do cuidado. Referenciado a necessidade de serem resignificadas ações que priorizem exclusivamente o binômio, queixa-conduta na atenção à saúde ginecológica.

Ao tomarmos a integralidade como um dos princípios fundamentais das práticas

de cuidado em saúde, torna-se necessário refletir como vêm se dando os processos de cuidado na atenção à saúde ginecológica. Ou seja, como afirmar a integralidade quando não se considera a dimensão somática e psíquica do feminino, quando que não compreende o cuidado na totalidade, corpo e alma. A atenção à saúde ginecológica não cabe mais na redução do binômio, queixa-conduta. Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde expressos pelas usuárias (BRASIL, 2010d).

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), deliberada em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde e reeditada em 2016, propõe a integração e articulação das informações em saúde nos diferentes níveis de atenção. A política objetiva promover o uso da tecnologia da informação para "[...] melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um sistema nacional de informação em saúde articulado", e que produza informações para as usuárias, os profissionais de saúde e a prática profissional, garantindo "[...] ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços" (BRASIL, 2016a, p. 7-11).

Segundo relato dos profissionais, às vezes é preciso contar com a sorte para, na ausência do prontuário eletrônico, haver a oportunidade de interagir com a história da usuária no atendimento prestado. É o caso, por exemplo, do profissional que atua na área de ginecologia nos dois níveis de atenção, hospitalar e especializado e que atende as mesmas usuárias nos dois contextos.

> *Assim, quando não tem o prontuário eletrônico, o que a gente (profissional médico) tenta fazer é, quando vai sair daqui (atenção secundária) e ir para a atenção terciária para cumprir os plantões, a gente (profissional médico) teve uma consulta, geralmente, recente com ela (usuária da atenção secundária), então quando ela (usuária) chega lá (atenção terciária) a gente (profissional médico) tem noção de quem é a paciente, mas as informações poderiam ser melhores* (EPM8-ASS).
>
> *Nós (atenção terciária) não temos prontuário eletrônico interligado a rede de atenção, normalmente, contamos com as lembranças dos atendimentos anteriores, por exemplo, "a fulana é a mesma do sangramento da semana passada, está sangrando a mais ou menos trinta ou quarenta dias"* (EPE6-ATS).

Esta questão da pouca integração entre os serviços da RAS foi apontada em um estudo realizado nas cinco regiões de saúde do Estado de São Paulo. O objetivo de discutir aspectos da integralidade do cuidado oferecido às mulheres afetadas por câncer de colo uterino e de mama, concluiu que a relação entre os níveis de atenção da rede ocorria de modo desarticulado. Assim como na presente pesquisa, incertezas quanto ao atendimento, encaminhamentos dependentes de critérios individuais e a utilização não sistemática de documentos – a exemplo dos prontuários eletrônicos – com potencial para formalizar fluxos de referência e contrarreferência foram alguns dos problemas identificados como

implicados nesta desarticulação (DE PAULA; VOLOCHKO; FIGUEIREDO, 2016).

Em outro estudo, realizado em Montes Claros/MG, no ano de 2011, a investigação focou a existência e a acessibilidade ao prontuário eletrônico na APS. O estudo concluiu que, os registros existentes no prontuário eletrônico podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência dos usuários no serviço de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Para os participantes do estudo, os encaminhamentos na atenção à saúde ginecológica, em contextos primário, secundário e terciário, poderiam ainda ser qualificados com o uso de outras tecnologias de informação e comunicação como, por exemplo, o correio eletrônico e contato telefônico, integrado a partir do fluxo de referência, conforme pontuam os trechos abaixo:

> *[...] nós ligamos* (atenção primária), *explicamos tudo, contamos a história de vida da paciente para o colega* (atenção especializada) *entender, geralmente, é feito esse contato com coisas graves [...] mas se isso fosse feito nas coisas mais simples, se isso se tornasse rotina, talvez o serviço fosse mais efetivo* (EPE2-APS).
>
> *As urgências (encaminhamentos), eu sempre peço para que elas* (profissionais de saúde) *me liguem, para não deixar a paciente esperando uma semana [...] as coordenadoras ligam, a gente conversa bastante, os médicos ligam quando tem dúvidas* (ECAE-ASS).
>
> *Melhorar a referência, utilizando o contato telefônico, também é interessante, passando o caso, para a gente (atenção especializada) ficar sabendo [...] então às vezes é interessante discutir um caso, de repente liga, discute contigo, troca uma ideia, talvez não precise mandar a paciente naquela hora* (EPM7-ASS).
>
> *A comunicação entre serviços poderia ser mais efetiva, utilizando para isso o correio eletrônico, faz parte do sistema informatizado da rede* (atenção primária e secundária), *que é onde a gente (diretor da atenção básica) conversa com os coordenadores das unidades, é mais fácil que o telefone* (ECAE-APS).

Os participantes da pesquisa reconhecem a importância de implementar sistemas de informação potentes em rede de atenção à saúde ginecológica. Sem esses, não é possível uma integração completa entre os diversos pontos de atenção e de cuidado. Recursos como, por exemplo, correio eletrônico, telefone, protocolos de encaminhamentos, alertas e notificações, sistemas de apoio à decisão e consulta assistida à distância (telessaúde), aprimoram o trabalho dos profissionais de saúde e, consequentemente, beneficiam as usuárias (BRASIL, 2016a). O uso dessas tecnologias colabora na oferta de serviços de saúde à distância, permite o contato e a troca de informações entre os profissionais, quebrando as barreiras geográficas, temporais, sociais e culturais.

Os dados produzidos pela presente pesquisa sugerem que os profissionais de saúde que atuam na atenção à saúde ginecológica, nos diferentes níveis de complexidade, reconhecem a importância dos sistemas de informação e comunicação para a qualificação

dos fluxos de referência e contrarreferência. Recursos como o prontuário eletrônico, os protocolos de encaminhamento, o correio eletrônico e o telefone, são alguns exemplos de tecnologias disponíveis, contudo, tais recursos são utilizados pelos profissionais de forma incipiente. Dessa forma, é possível inferir que a subutilização das tecnologias de informação, pode ampliar as falhas de comunicação nos pontos de atenção, gerar escassez de informações e de registros de atendimento intra e interserviços e redundância de procedimentos e exames, além de diminuir, significativamente, a produtividade dos serviços e a satisfação das usuárias. A modalidade de prontuário eletrônico não está disponível na atenção hospitalar, diferentemente do que ocorre na atenção especializada e básica.

O Plano Municipal de Saúde de Chapecó sugere o aprimoramento da rede de atenção à saúde, mediante a articulação oportuna com outros níveis, e recomenda como ação:

> [...] contra referenciar os pacientes para os centros de saúde por meio de encaminhamento por escrito e/ou contato telefônico, em relação à assistência que foi prestada e sobre a necessidade de estar fazendo um acompanhamento na unidade (CHAPECÓ, 2014, p. 87).

Ao encontro do que recomenda o PMS de Chapecó, a fala do profissional "*se o contato telefônico fosse feito nas coisas mais simples [...] talvez o serviço fosse mais efetivo*" sugere que, para ele, contra referenciar as usuárias para os demais níveis de saúde, por meio de contato telefônico, pode permitir o envolvimento de todos e cada um dos profissionais dos diferentes serviços. Esse recurso poderia suprir, em parte, a lacuna operacional de comunicação informações.

Todos esses recursos tecnológicos estão disponíveis aos profissionais que atuam RAS estudada, entretanto, nenhum profissional mencionou seu uso. Tais ferramentas poderiam instrumentalizar as equipes na melhoria do atendimento a partir da APS, da ampliação das ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade resolutiva e clínica das ações executadas no interior da rede de atenção.

Ainda no tocante aos recursos tecnológicos, um estudo realizado nos EUA em 2013, identificou os efeitos da sofisticação do sistema de registro médico eletrônico nas ações de prevenção em saúde da mulher. A sofisticação do sistema refere-se aos dispositivos que qualificam o registro eletrônico e facilitam o cuidado às mulheres, por exemplo, os lembretes eletrônicos para exames de mamografia, que nesse estudo foram relatados como úteis para fornecer cuidados preventivos e precoces às mulheres com alto risco de câncer de mama. O estudo concluiu que as sofisticações contidas no sistema de registros eletrônico, em 49,34%, foram classificadas como mínimas, tendo impacto negativo no âmbito da prevenção desses problemas (TUNDIA *et al*., 2013).

Baixa efetividade no uso de tecnologias que facilitam a integração de informações das usuárias atendidas na RAS de Chapecó é uma das questões a serem examinadas ao

se tentar descortinar problemas nos fluxos de RCR dessa Rede. Neste estudo, emergiu como importante componente a ser analisado o estabelecimento de uma hierarquia de saberes, em que o saber médico sobrepõe-se sobre os saberes dos demais membros das equipes de saúde.

A PNAB e a Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS orientam que o acesso à assistência deverá ser efetivado pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade da usuária. Assim, o estabelecimento de referência e contra referência entre os diferentes níveis de complexidade deverá seguir fluxos e protocolos pactuados entre as equipes de saúde, orientados pelas necessidades das pessoas (BRASIL, 2008c; BRASIL, 2017a). Apesar da recomendação, os dados sugerem que, na RAS estudada, atendimentos e encaminhamentos da atenção ginecológica são dependentes de definições institucionais e posições individuais sobre o que compete ao médico e sobre o que pode ser atendido pelos demais profissionais da equipe de saúde. É o caso dos encaminhamentos realizados por enfermeiros da APS que referenciam as usuárias para a atenção secundária. Uma situação que parece ser ilustrativa deste cenário, bastante comum em consultas ginecológicas realizadas por enfermeiros da APS, tem a ver com encaminhamentos para colposcopia conforme avaliação de material obtido em exames citopatológicos de colo de útero. As falas a seguir corroboram este argumento:

> *[...] me incomoda (profissional enfermeiro) o questionamento do colega (profissional médico), você está acompanhando a paciente, viu a necessidade do exame, chega o paciente lá* (atenção secundária), *ele (profissional médico) olha e diz "não precisa fazer" (a colposcopia). Coloca em xeque toda bagagem e conhecimento do outro colega (profissional enfermeiro) tem* (ECAB-APS).
>
> *Quando ela (usuária) vai para consulta ginecológica no especialista, só faz a colposcopia se o médico (atenção especializada) julgar necessário. Eles (profissionais da atenção especializada) contestam muito o motivo do encaminhamento, questionam o exame de CP, questionam a solicitação daquela colposcopia, questionam como aquele exame pode modificar em tão pouco tempo, então tem que ter dois exames alterados para eles aceitarem. Mas eu acho que isso acaba sendo um tanto prejudicial para o diagnóstico precoce* (EPE2-APS).

O depoimento de EPE2-APS revela um problema adicional, referente à rotina do serviço especializado de só "aceitar" um encaminhamento para a realização de colposcopia quando a usuária chegar ao serviço especializado com histórico de dois exames citopatológicos alterados. Esta diretriz não é algo estabelecido no âmbito do serviço, mas uma orientação do MS:

> Diante de um resultado de exame citopatológico de escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição desse exame num intervalo de seis meses. Para as mulheres com idade inferior a 30 anos, a repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com

> intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal, porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia (INCA, 2016, p. 38).

Como avalia EPE2-APS, ampliar a investigação de alterações celulares do colo do útero, por meio de colposcopia, pode agilizar o diagnóstico e o tratamento do câncer de colo, reduzindo sofrimentos e aumentando as chances de cura ou sobrevida.

A literatura internacional apoia as diretrizes do INCA, para o seguimento de paciente com Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) é a repetição da citologia oncótica em seis meses. Uma revisão de literatura realizada por Lodi *et al*. (2012), identificou as recomendações válidas para a abordagem em mulheres portadoras de citologia oncótica com diagnóstico de ASC, considerando a realidade de nosso país. A revisão concluiu que, vários estudos e a *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*, sugerem que dois exames citológicos consecutivos realizados com intervalo de seis meses são suficientes e efetivos no seguimento das pacientes com diagnóstico de ASC-US.

Voltando a destacar a situação do questionamento da atuação de enfermeiros no diagnóstico de alterações nas células do colo do útero por meio do exame citopatológico, é importante mencionar que a competência desses profissionais para realizarem o exame é reconhecida pelo próprio MS e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

> Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária (BRASIL, 2013a, p. 35).
>
> Resolução COFEN n*º 385/2011, normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau* (COFEN, 2011, p. 01).

A discussão grupal com usuárias da pesquisa reforçou o depoimento da enfermeira sobre os questionamentos dos profissionais do serviço especializado quanto aos exames citopatológicos alterados e a necessidade da colposcopia. As falas a seguir confirmam tais questionamentos.

> *No posto de saúde o meu exame preventivo apresentava que eu tinha uma ferida no útero, me encaminharam para a clínica (serviço especializado), o médico de lá (serviço especializado) me disse, "seu teu útero está* ótimo*, talvez eles (atenção primária) podem ter confundido a lâmina*" (UGF7).
>
> *Fui encaminhada (serviço especializado) com alteração no meu exame preventivo, o médico de lá disse, "tu não precisa vir aqui todas as vezes que eles te encaminham"* (UGF3).

No cenário descrito pelos participantes da pesquisa parece haver uma normatização

vertical que orienta os fluxos de referência e contrarreferência em que o profissional médico aparece como detentor absoluto do conhecimento científico em detrimento dos saberes dos demais profissionais de saúde. A normatização vertical justifica, por exemplo, uma clara assimetria de poder entre médicos e enfermeiros, restando últimos assumir uma posição de subordinação, reiterada na expressão *"sou uma mera enfermeira"*. Apesar da evidência de auto identificação como um sujeito passível de ser tutelado por outro – o médico – as críticas dos enfermeiros a essa condição e também sua insistência em atuar conforme sua competência são reveladoras de que a posição de subordinação não é ocupada sem resistências.

Um estudo reflexivo sob a lente analítica das Ciências Sociais buscou trazer à tona os fatores vinculados à gênese do campo da saúde, focando especificamente as profissões de enfermeiro e de médico. O estudo concluiu que o saber/fazer do enfermeiro ainda não é reconhecido pela sociedade. A falta desse reconhecimento estaria relacionada ao imaginário social que atribui ao médico maior valor proporcional ao fato de serem esses os profissionais que têm poder de cura dos males e doenças. Esse pouco reconhecimento do saber/fazer do enfermeiro, têm sua influência do modelo biomédico, como uma prática vista de maneira subserviente, ou seja, complementar ao saber médico. Na atualidade, o enfermeiro vem se destacando pelo seu saber e o seu fazer, o que pode gerar conflitos e disputas "[...] de força por legitimidade no campo da saúde, fazendo com que a medicina passe a contestar as atividades do enfermeiro contidas no processo de enfermagem e garantidas por lei em seu código de ética" (FLORENTINO; FLORENTINO, 2009, p. 08).

Na presente pesquisa, as contestações feitas pelos profissionais médicos ao trabalho dos enfermeiros não são pertinentes, uma vez que – as ações presentes nesse trabalho configuram o processo de enfermagem, um saber/fazer legítimo do enfermeiro, resguardado pelo Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução 358/2009 (COFEN, 2009).

Uma das culminâncias desse conflito pode-se acompanhada nos últimos anos com a proposição do projeto de Lei nº 25/2002, intitulada lei do Ato Médico. Essa lei estabeleceu que todos os procedimentos com fins terapêuticos "são atos privativos do profissional médico" (CFM, 2002, p. 02). Essa lei gerou grande polêmica ao não reconhecer o saber e o fazer do enfermeiro e de outros profissionais como legítimos, além de subjugá-los ao saber médico.

Sem dúvida, esses conflitos no âmbito da disputa de poderes entre os profissionais de saúde ampliam os problemas de interação entre os saberes necessários à integralidade da atenção, impacta negativamente na produção do trabalho. Esse aspecto refere-se à humanização da assistência, enfatizada a partir da emergência da Política Nacional de Humanização (PNH). A humanização é defendida como resultado, dentre outras ações, da transformação das relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e

da comunicação entre as equipes, mitigando as relações de poder e a hierarquização na importância das profissões. Nesta perspectiva, busca-se investir em ações baseadas no pressuposto de que humanizar a atenção implica em “[...] transversalizar e reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (BRASIL, 2010d, p. 209).

Conforme as experiências relatadas nos depoimentos dos entrevistados, contudo, parece que os profissionais que atendem na RAS estudada vêm apresentando dificuldades para dar conta desse pressuposto. A transversalização dos saberes disponibilizados em uma RAS é de significativa importância para o êxito das respostas assistenciais aos problemas de saúde.

Assim, os dados sugerem que ruídos de comunicação e a baixa cooperação entre os profissionais que realizam consultas ginecológicas na RAS estudada também contribuem para a fragmentação da atenção e fragilização da referência e contrarreferência, comprometendo a integralidade.

Problemas semelhantes já foram apontados em estudos desenvolvidos em outros cenários. O ensaio reflexivo de Nogueira e Rodrigues (2015), ao versar sobre a comunicação efetiva na perspectiva do trabalho da equipe interdisciplinar para a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do paciente, concluiu-se que a comunicação ineficaz repercute em cuidado fragmentado, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis em saúde. Na mesma perspectiva, numa pesquisa realizada no ano de 2017 com enfoque na qualidade das variáveis do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para avaliar a coordenação na atenção básica do cuidado, os autores chegaram à conclusão de que a capacidade de fornecer informações e a frequência de contato entre profissionais são elementos importantes para um atendimento integral, contínuo e de alta qualidade (SOUZA *et al.,* 2017) Considerando a literatura, pode-se sugerir que os problemas da RAS estudada para dar conta do objetivo de produzir integralidade em saúde, apontados na presente pesquisa, não são exclusivos desse cenário, o que pode remeter a análise a causas que extrapolam aspectos locais de organização da rede.

O potencial de resolutividade de uma RAS depende, dentre outros aspectos, da possibilidade que seus usuários têm de acessar todos os recursos disponíveis, o que inclui os saberes dos profissionais que trabalham no atendimento das suas necessidades de saúde. E, para que estes saberes sejam mobilizados, é imprescindível que os profissionais tenham autonomia, dentro do seu campo de competência, para definir encaminhamentos em fluxos de referência e a contrarreferência. Como destacado pelos enfermeiros que participaram da pesquisa, o trabalho em rede, pode favorecer a agilidade do atendimento das necessidades de saúde ginecológica das usuárias.

*O enfermeiro poderia fazer encaminhamento de referência e contra referência.*

> *Não precisa ser especificamente o ginecologista para pedir uma colposcopia, o clínico geral pode pedir também, jamais encaminharia uma paciente por besteira. Conhecimento eu acredito que tenho [...] são coisas pequenas que fazem toda a diferença, ter mais autonomia, em alguns momentos faz a diferença, agiliza o processo* (EPE2-APS).

> *[...] precisa ser um acordo entre direção do hospital e saúde pública, que se dê essa autonomia e liberdade aos profissionais de saúde, para que o enfermeiro também possa estar fazendo esse contato de referência e contrarreferência* (EPE9-ATS).

A centralidade do saber médico na definição dos fluxos de encaminhamento e atendimento remete à dependência do funcionamento da RAS ao poder decisório de uma única categoria profissional, gerando constrangimentos na equipe de saúde (LITTIKE; SODRÉ, 2015). Os dados sugerem que, como refere Merhy (1997), relações polarizadas entre os profissionais, instituídas pela disputa por autonomia e práticas centralizadoras, se constituem como espaço de potência e de tensão, culminando na impossibilidade do cuidado em rede e de integralidade (MERHY, 1997).

Nessa mesma direção, Mendes (2011), refere que os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência entre níveis de atenção em um modelo piramidal e hierárquico não se mostram adequados, tornando incompleto o processo de integração da rede, de forma tal que, a descentralização e a autonomia dos sujeitos permitem que o profissional assuma a responsabilidade por qualquer ato de qualquer um de seus membros. Arendt (2004, p. 83) nos lembra que, quando a transferência responsabilidades se torna uma questão de rotina diária, podemos considerar que em termos políticos, o que existe é “[...] um mando de cargos, em oposição ao mando de homens, o que desresponsabiliza os sujeitos das suas ações”.

Os dados ainda indicam que a falta de articulação da RAS no atendimento das necessidades de saúde ginecológica é causa e consequência da inflexibilidade na transferência de responsabilidades entre diferentes categorias profissionais, considerados, não só, os fluxos interserviços, mas, também os intraserviços. Mesmo dentro de uma mesma equipe parece haver pouca integração de saberes e práticas, dificultando a complementaridade de conhecimentos que poderia produzir integralidade. Os depoimentos a seguir foram coletados no diálogo com a pesquisadora sobre a percepção dos profissionais acerca de como estão organizados os fluxos de atendimento dentro dos próprios serviços:

> *Se cada um lá na sua unidade, baseado ou fundamentado no conhecimento que teve durante sua formação na universidade resolver tocar a música de acordo com o que sabe, nós nunca vamos ter uma orquestra tocando afinada, sintonizada, cada um vai tocar o instrumento como aprendeu ou sabe, não tem nenhum maestro que vai conseguir colocar isso em ordem, então tem que todo mundo sentar e repensar o que podemos fazer em relação à usuária* (EPM4-APS).

> *O atendimento as mulheres com demandas ginecológicas é uma condição que exige atendimento em todos os níveis de atenção, assim, entendo que, se a atenção primária se envolvesse mais com a secundária e terciária, e vice e versa, nós conseguiríamos uma melhor estrutura, um melhor fluxo de encaminhamento, mas cada um defendendo os seus interesses, e quem sai prejudicado é a usuária, que fica neste meio procurando resolver seu problema* (EDE11-ATS).

Como é referenciado na literatura, no campo da saúde, assim como no funcionamento de uma orquestra, é somente a partir de atitudes de responsabilidade coletiva de todos os atores envolvidos – formuladores de políticas, gestores, profissionais de saúde e usuários – que se poderá chegar a uma sintonia adequada. No estabelecimento de uma rede assistencial, o trabalho em equipe está condicionado ao uso articulado e equilibrado dos diferentes saberes e tecnologias de cuidado que são disponibilizados pelos profissionais que dela fazem parte (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Sobre isso, Ayres (2009a) aponta como problemático o modo como os serviços do SUS vem se organizando para atender às necessidades de saúde dos usuários, considerando o princípio da integralidade. Para o autor, o modo como os arranjos tecnológicos se configuram nos serviços de saúde favorece "[...] certo descolamento entre o momento do cuidado e o envolvimento das equipes com suas consequências e com os desdobramentos da situação das usuárias" (AYRES, 2009a, p. 08).

As usuárias participantes da pesquisa exprimem certa insatisfação no atendimento às suas expectativas quanto à oferta de consultas médicas na atenção especializada e hospitalar. Em meio a esse tema novamente veio à tona à dinâmica de referenciar e contrarreferenciar seus casos nos diferentes níveis de atenção à saúde ginecológica.

> *No meu caso, fui encaminhada para a consulta na clínica (atenção especializada) era para mim operar, segundo o médico do posto (atenção primária. O médico da clínica também achava que era cirúrgico, me mandou para a consulta no hospital, lá me mandaram de volta para o posto (atenção primária), não precisava operar, pensa como fiquei* (UGF3).
>
> *Eu fui encaminhada cinco vezes para a consulta na clínica (atenção especializada), era para fazer avaliação cirúrgica, eu tinha que operar. Na quinta vez resolveram (atenção especializada) me tratar. A médica de lá (atenção especializada) se cansou e ligou para a médica daqui (atenção primária) disse assim, "ou tu faz o teu trabalho bem feito ou a gente vai deixar a menina na mão, porque não adianta eu dizer que vou tratar e não vou tirar (*útero*) e você mandar aqui para fazer avaliação (cirúrgica)". Eu acho que tem alguns profissionais que precisavam de um pouco mais de capacitação para atender certas coisas, não adianta só encaminhar para outro serviço* (UGF9).

Cumpre, pois, destacar que uma valorização dos profissionais de saúde, incluindo-se todas as categorias responsáveis pelo cuidado, tende a repercutir no estabelecimento de relações afetivas com as usuárias que os implicam na busca por uma resposta mais efetiva aos seus problemas. Isso pôde ser registrado nesta pesquisa no que se referiu a

segmentos e condições específicas de mulheres. Os profissionais referiram que, quando se trata do grupo de mulheres idosas, eles "*se envolvem*" mais na busca de solução para problemas ginecológicos que se "*arrastam*" na rede de atenção. Nota-se, que, por vezes, esse grau de envolvimento desconstitui o trânsito inoportuno dessas usuárias entre os serviços. Isso ficou expresso por meio da menção ao vaivém das usuárias na RAS:

> *[...] a gente até se envolve um pouquinho, às vezes são aquelas vovós, fica com pena de manda para casa, tá na fila aguardando a cirurgia, aquele problema que se arrasta na rede [...] em uma semana, perto de uma semana o doutor conseguiu levar para o bloco e operar* (EPE6-ATS).
>
> *[...] olha isso não é uma urgência, você precisa passar pelo tramite da atenção básica ou para a clínica da mulher que é referência para daí os procedimentos serem gerados [...] mas tu se envolve, acaba fazendo para resolver, porque fica aquele vai e vem da usuária, especialmente, as idosas* (EPM7-ATS).

O envolvimento do profissional com a usuária permite estabelecer relação afetiva, imprescindível para a criação de laços interpessoais no atendimento ginecológico, possibilita gerar maior resolutividade e compromisso no cuidado, implica em ter relações tão próximas, que nos sensibilizamos com todo sofrimento manifesto da usuária (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Um dos pressupostos básicos do sentido da integralidade se refere à capacidade de o profissional compreender o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida dessa usuária com quem se encontra. Implica, também, compreender as necessidades de saúde ginecológicas que se fazem presentes, isso só ocorre quando o profissional se coloca, mesmo que por um instante, no lugar do outro (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

A análise constante nesta categoria revelou que, a rede de atenção à saúde ginecológica ressente de uma maior articulação, os fluxos de referência e contrarreferência são ineficazes, que resultam em prejuízos no atendimento de necessidades e dos problemas de saúde ginecológica das usuárias e a garantia do direito à atenção integral. Os profissionais reconhecem a existência de dificuldades na operacionalização da referência e contrarreferência nessa rede de atenção, indicando como uma das causas a falta de integração entre os registros de atendimento nos três níveis de atenção. Por outro lado, os profissionais de saúde, estabelecem relações afetivas com as usuárias, especialmente, as idosas na busca de solução para problemas ginecológicos agudos que se arrastam na rede de atenção.

A rede de atenção à saúde ginecológica se produz no exercício cotidiano, na conexão entre os profissionais de saúde e os fluxos que são feitos entre eles para o cuidado às usuárias. O principal desafio é os gestores e os profissionais compreenderem que as redes podem se formar tanto segundo o protocolo, quanto de forma espontânea, respondendo

à necessidade da usuária no exato momento em que ela surge nos serviços de saúde (FRANCO, 2015). Ou seja, o que define a rede é o processo do cuidado utilizado para ofertar a atenção à saúde ginecológica, e isto se dá na relação direta com a usuária entre os próprios profissionais e serviços.

# CAPÍTULO 5

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta pesquisa, considero importante retomar alguns dos meus questionamentos iniciais, os quais embasaram a composição do objeto de investigação. A integralidade da atenção à saúde ginecológica, como objeto e recorte desta investigação, coloca-se na relação entre a política do SUS e a organização das práticas dos profissionais na rede pública de saúde do município de Chapecó no Oeste de Santa Catarina, na busca por atender as necessidades de saúde ginecológica das usuárias.

Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de "analisar o modo como se organiza a atenção à saúde das mulheres na rede pública de atenção ginecológica do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde". Com vistas a responder tal objetivo, encontrei, no Estudo de Caso, um caminho metodológico que se mostrou promissor, oportunizando, mediante mergulho profundo e exaustivo na realidade estudada, conhecer o fenômeno da atenção à saúde ginecológica com ênfase no pesquisado - a consulta ginecológica.  O Estudo de Caso foi realizado a partir da utilização de várias fontes de informações e da aplicação de triangulação de dados: entrevista semiestruturada, observação direta e grupo focal, que convergiram, oferecendo condições para afirmar com fidedignidade e validade os achados da pesquisa. Para atender aos questionamentos da investigação a tarefa não se resumiu em avaliar, tecnicamente, os serviços ou as práticas dos profissionais de saúde, mas apreender significados de integralidade, considerando a percepção das usuárias que buscam atendimento em consultas ginecológicas.

Nesse sentido, os questionamentos de "*como*" e *"por que*", foram apenas um ponto de partida para compreender o modo como se organiza a atenção à saúde ginecológica na rede pública de saúde do Oeste de Santa Catarina e o seu potencial para produzir integralidade em saúde.

No presente estudo foi possível evidenciar que, apesar da retórica ênfase presente nas Políticas e Programas dirigidos à saúde das mulheres em práticas que visem à integralidade, a atenção à saúde ginecológica segue sendo definida de modo simplificado na RAS do município de Chapecó. Tal simplificação é manifestada pelos modos como a saúde ginecológica é tratada, com ações ainda majoritariamente focadas em aspectos reprodutivos e no controle de doenças de relevância epidemiológica, a exemplo do câncer de colo de útero e de mamas. Neste sentido, concluiu-se que a oferta de atendimento ginecológico na lógica da integralidade ainda é uma meta a ser atingida e que isso tem a ver com os limites que a RAS estudada apresenta para reconhecer necessidades que extrapolem o que a epidemiologia define como prioridade – *colo do útero e mamas*. Contradizendo a marca de singularidade que perpassa o princípio da integralidade, a atenção à saúde das mulheres expressa no atendimento em consultas ginecológicas

é constituída de ações programáticas previamente definidas como ofertas possíveis de atendimento. Esta lógica programática limita a capacidade da rede de articular serviços que deem respostas às necessidades sentidas pelas usuárias.

A análise desvelou várias fragilidades no atendimento das necessidades de saúde das mulheres no contexto estudado, destacando-se a pouca articulação entre os diferentes níveis de atenção e o uso pouco regular de mecanismos de referência e contrarreferência. A ausência dos registros de atendimentos e do histórico de saúde das usuárias nos diversos níveis de atenção foi identificada como um dos principais problemas geradores da ineficiência destes mecanismos. Concluiu-se que, como consequência, tem-se uma fragmentação do cuidado, reduzindo-se a qualidade das ações e as possibilidades de produção de integralidade da atenção. Neste cenário vários problemas foram identificados, com destaque para: falhas de comunicação entre os pontos de atenção à saúde ginecológica; escassez de informações e de registros de atendimento; redundância de procedimentos e exames; exposição das usuárias a interrogatórios desnecessários, aumento dos custos do atendimento e também do tempo de permanência das usuárias nos serviços de saúde.

Um problema adicional é a limitação do escopo das consultas ginecológicas, dispositivos que não só são centrais no atendimento às demandas ginecológicas no âmbito dos serviços, mas são, também, ofertas assistenciais prioritárias no contexto geral da atenção à saúde das mulheres. Nas consultas, o cuidado é ofertado por meio de um "*combo de serviços ginecológicos*", uma espécie de "cesta básica" com foco geralmente restrito ao exame citopatológico, à prescrição de anticoncepcionais e ao encaminhamento à mamografia. Esse combo tende a ser naturalizado pelos atores que circulam nos diversos níveis de atenção, inclusive pelas usuárias, com efeitos na legitimação de tais ações como limites possíveis do atendimento, criando-se um cenário onde pouco variam as necessidades de saúde ginecológica passíveis de serem satisfeitas.

O que é ofertado na rotina dos serviços acaba emoldurando as demandas das usuárias. Apesar de pouco enfatizarem esta situação como problema, as usuárias que participaram do estudo revelaram que já trouxeram para as consultas ginecológicas necessidades de saúde que não foram atendidas ou sequer visibilizadas. É o caso de situações referentes à sexualidade ou saúde sexual. Nas observações de consultas realizadas durante o trabalho de campo foi possível identificar a quase ausência deste tema nas abordagens dos profissionais, além de modos preconceituosos de abordagem.

Nos atendimentos, cada usuária é reconhecida como um corpo isolado do contexto que lhe dá concretude e constituído de fragmentos, os quais recebem valorização distinta, do ponto de vista da saúde ginecológica – determinadas partes são mais importantes, outras não tem importância alguma. Este corpo foi metaforicamente interpretado na análise como "corpo arquipélago", um conjunto de cuidado-objetos não necessariamente conectados entre si e para as quais se define *a priori* um grupo de genéricas necessidades

e respectivas ações de cuidado. Ficam, desconsideradas, assim, as singularidades das usuárias, consolidando a já reduzida possibilidade de produção de integralidade. Embora não se possa generalizar, concluiu-se que, no contexto estudado, é comum negligenciar-se o potencial de consultas ginecológicas para as trocas intersubjetivas que possibilitariam ampliar a identificação e a compreensão das necessidades de saúde das mulheres que acessam essas consultas.

Investir na atenção ginecológica sob a lógica da integralidade significa trabalhar, não somente, no âmbito do atendimento de necessidades percebidas e expressas em queixas, mas também atuar na prevenção e promoção da saúde. Mudanças neste cenário poderão advir do reconhecimento de que a promoção da saúde das mulheres em serviços de atenção ginecológica não pode ficar restrita a definições epidemiológicas sobre o que elas precisam para estarem e se sentirem saudáveis e de que é necessário ampliar a escuta. Escutar mais deverá resultar em um acolhimento mais qualificado, na compreensão das necessidades de saúde das usuárias e no reconhecimento da legitimidade das suas demandas.

Outra conclusão importante refere-se à pouca valorização do exame clínico das mamas na rotina das consultas ginecológicas em que não há queixas, revelando descaso dos profissionais para com a importância do diagnóstico precoce na redução do sofrimento e mortalidade por câncer de mama.

A análise permitiu concluir, também, que na rede assistencial estudada, a atenção à saúde ginecológica é, muitas vezes, configurada por meio de uma normatização vertical que orienta os fluxos de referência e contrarreferência com base no saber do médico, em detrimento dos saberes dos demais profissionais que integram as equipes de saúde. O distanciamento entre as categorias profissionais que compõem uma equipe de saúde desestabiliza as fronteiras dos saberes e as relações de trabalho, provocando uma comunicação vertical que mantém e sustenta a separação de quem elabora daquele que executa. Um exemplo emblemático é a situação identificada no cenário estudado, em que os exames citopatológicos alterados e identificados pelo enfermeiro precisam da anuência do profissional médico para encaminhamentos ao serviço especializado.

A enfermagem tem significativa influencia os modos como a saúde das mulheres é enfocada nas redes assistenciais, em especial no contexto da atenção à saúde ginecológica e isto é indicativo da sua importância para que estas transformações se efetivem. Neste sentido, a conclusão deste estudo permite apontar algumas recomendações aos enfermeiros. São elas:

- rever as tradicionais definições do que constitui uma consulta ginecológica, reconhecendo-a como espaço que extrapola abordagens clínicas e práticas de caráter protocolar e que favorece o estabelecimento de relações dialógicas e acolhimento;

- estabelecer em consultas ginecológicas a prática rotineira e sistematizada do

exame clínico das mamas em usuárias presumivelmente assintomáticas, de modo a detectar precocemente o câncer de mama, diminuindo possibilidades de sofrimento e aumentando as chances de sobrevida;

- incluir no diálogo com as usuárias em consultas ginecológicas a abordagem de questões sobre a saúde sexual, tendo em conta suas vivências e seu contexto de vida;

- ampliar os espaços de formação de enfermeiros para a abordagem da saúde ginecológica e rever os conteúdos desta formação; reiterando sempre a necessidade de reconhecer o cenário das consultas ginecológicas como momentos de singular importância para a escuta, identificação e atendimento das necessidades das usuárias;

- investir no reconhecimento da autonomia do enfermeiro na atenção à saúde ginecológica e na consolidação do cuidado de enfermagem operacionalizado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem;

Embora o presente estudo tenha desvelado muitos aspectos da atenção à saúde das mulheres que se acham expressos no espaço das consultas ginecológicas e identificado as fragilidades específicas de uma rede assistencial no trabalho de atender as necessidades de saúde das usuárias, muitas questões ainda precisam ser estudadas. É o caso da problemática da violência ginecológica que, em algumas situações, foi observada no contexto estudado, e que deve trazer repercussões negativas para a saúde das mulheres. Outra questão que merece aprofundamento é a produção de vulnerabilidade programática nos serviços que respondem às demandas de saúde ginecológica e a influência da postura dos profissionais de saúde nesta produção. Os modos como a saúde sexual é abordada em consultas ginecológicas também devem fazer parte da agenda de pesquisa no campo da atenção à saúde das mulheres.

Assim, reafirma-se que o presente estudo não se esgota aqui, na medida em que seus resultados apontam para elementos que limitam o exercício de alguns direitos, a exemplo dos direitos sexuais das mulheres.

Os resultados do estudo não permitem generalizações uma vez que a pesquisa enfocou a situação da atenção à saúde das mulheres em uma única rede pública de atenção ginecológica. Apesar disto, é importante reconhecer as contribuições do conhecimento aí produzido para o campo da saúde das mulheres, considerando que, provavelmente, as situações desveladas na pesquisa são similares à de outros cenários de atenção. Os resultados e as conclusões aqui apresentadas podem ser revisados ou confirmados em pesquisas futuras.

As contribuições dessa tese serão apresentadas aos representantes do poder público e serviços de saúde do município de Chapecó, bem como o incentivo à ampliação desse debate nos diferentes cenários de produção de Cuidado e de formação de profissionais no campo da atenção à saúde das mulheres.

# REFERÊNCIAS


2ª CONFERÊNCIA Nacional de Saúde da Mulher (CNSMu), Brasília, Brasil. 8 mar. a 10 mar. 2017. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/2CNSmu_DocOrientador.pdf. Acesso em: 21 mar. 2018.

31ª CONFERÊNCIA Internacional do Papilomavírus, Cabo, África do Sul. 28 fev. a 04 mar. 2017. Disponível em: <http://hpv2017.org/Documents/HPV17-_Orals_and_Posters%20with%20password%20 protect.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ABDOLRASULNIA, Maziar *et al*. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. **Journal of The International Society for Sexual Medicine**, v. 7, n. 7, p. 2.499-2.508, jul. 2010. Disponível em: <http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)33100-3/abstract>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol (ACOG) well-woman visit. **Committee Opinion**, n. 534, v. 120, p. 421-4, 2012. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co534.pdf?dmc=1&ts=20170929T1044545093>. Acesso em: 13 jan. 2017.

AGUIAR, Eurico de. **Arte e cura:** passado, presente e futuro. Set. 2016. 185 p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Eurico_Aguiar/publication/ 308170446_Arte_e_Cura/links/57dc04f908aeea195935b982/Arte-e-Cura.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 256-70, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017157712>. Acesso em: 17 jun. 2017.

ARAÚJO, Maria Alix Leite de *et al*. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a22v10n2.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

ARENDT, H. **Responsabilidade e julgamento:** escritos morais e éticos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2.865-75, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

ATLAS BRASIL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro.** Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/ publicacao_atlas_municipal.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2017.

______. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009a. p. 127-44.

______. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v. 18, sup. 2, p.11-23, 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

BARBOSA S. P. *et al.* Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2.347-57, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>. Acesso em: 06 set. 2017.

BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline. O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. Disponível em: <http://onumulheres.org.br/wp-ontent/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

BAYER, A. M. *et al.* Oportunidades perdidas para educação em saúde no Papanicolau no Peru. **Saúde Educ. Behav.**, v. 38, n. 2, p. 198-209, abr. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778913/>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 7. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo:** a experiência vivida. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B-JhFgnzi0XKbGZlcTZqUTFLaFk/edit>. Acesso em: 07 fev. 2018.

BERQUÓ, Elza; LAGO, Tania Di Giacomo do. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-60, sep. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/123045/119426>. Acesso em: 28 out. 2017.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1.141-54, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.024, de 17 de fevereiro de 1940.** Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Brasília: Presidência da República, 1940. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 jun. 2015.

______. **Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953.** Institui o Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/Lei1920.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

______. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2017.

______. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher. pdf>. Acesso em: 21 jul. 2014.

______. **Lei no 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm. Acesso em: 08 mar. 2018.

______. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 jun. 2015.

______. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

______. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência de Saúde, 1990b. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2014.

______. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96.** Brasília: MDS, 1997. Disponível em: <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/NOB%20-%20SUS%20%2096.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2014.

______. **Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.** Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 15 jan. 2016.

______. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

______. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

______. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

______. Presidência da República. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 164 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

______. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

______. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2016.

______. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher PNDS 2006:** relatório final. Brasília, DF: Decit: Cebrap, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

______. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2016.

______. **Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/ prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 13 jan. 2017.

______. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

______. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/ 07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 19 maio 2015.

______. **Oeste Catarinense PTDRS.** Brasília: SDT/MDA, nov. 2010b. Disponível em: <http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_qua_territorio066.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 242 p. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/formacao_e_intervencoes_vol_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

______. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST:** análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde 2010e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010f. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010h. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 23 mar. 2018.

______. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_ nacional_mulher_ principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

______. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b.

______. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/ prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 fev. 2015.

______. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/ geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

______. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

______. **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).** Brasília, 2012c. Disponível em: <http://idsus.saude. gov.br/documentos.html>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 290 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ caderno_28.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2013a.

______. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude. gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

______. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar

da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 25 fev. 2017.

______. **Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013.** Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/ prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 13 mar. 2015.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea.** 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNaPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional**. Documento Basilar para a Elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/doc-basilar-politica-nacional-versao-final.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

______. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/ protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

______. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.

______. **Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017a. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

______. **Resolução nº 561, de 6 de outubro de 2017.** Diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso561.pdf>**.** Acesso em: 16 mar. 2018.

BREYER, J. Z. *et al.* Assessment of potential risk factors for breast cancer in a population in Southern Brazil. **Breast Cancer Res Treat.**, p. 1-7, jan. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10549-017-4655-0>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-60, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2017.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 35-44.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense, 1978.

CARVALHO, Camila Fernandes da Silva; BRITO, Rosineide Santana de; MEDEIROS, Soraya Maria de. Análise contextual do atendimento ginecológico da mulher com deficiência física. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 114-7, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00114.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ/EDUCS, 2006. p. 112-20.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Ato Médico.** 2002. Disponível em: <http://www.cfm.og.br>. Acesso em: 19 jan.2018.

CHANG, Chia-Pei *et al.* The ecology of gynecological care for women. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 11, p. 7.669-77, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143825/pdf/ijerph-11-07669.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2017.

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Chapecó – SC: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Jucimar/Downloads/pms_2014-2017_chapec04%20(1).pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. **Relatório final.** Cairo, Egito: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português: Brasil. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2015.

COELHO, E. A. C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, p.154-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>. Acesso em: 09 set. 2015.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 05 set. 2017.

______. **Resolução COFEN n. 385, de 06 de outubro de 2011.** Altera o termo inicial de vigência da Resolução Cofen n. 381, de 18 de julho de 2011, que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3852011_7934.html>. Acesso em: 18 jan. 2018.

CONRY, Jeanne A.; BROWN, Haywood. Well-woman task force: components of the well-woman Visit. **Obstet. Gynecol.**, *v. 126, n. 4, p. 697-701, out. 2015.*

CORDEIRO, Maria Rachel Aguiar *et al.* Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 2, p. 51-7, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000200002>. Acesso em: 18 nov. 2017.

CORREA, Camila Soares Lima *et al.* Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 481-92, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300481&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2017.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Controle social:** uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/004.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

COSTA, Ângelo Brandelli; NARDI, Henrique Caetano. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 715-26, set. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** encolhendo entre cinco abordagens. Tradução Sandra Mallmann Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DALL, Timothy M. *et al.* Estimated demand for women's health services by 2020. **Saúde das Mulheres de J (Larchmt)**, v. 22, n. 7, p. 643-8, jul. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704110/?report=classic>. Acesso em: 08 abr. 2017.

DE PAULA, Bastos; VOLOCHKO, Anna; FIGUEIREDO, Regina. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, p. 146-66, dez. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Regina_Figueiredo2/publication/311921704_Linha_de_cuidado_de_cancer_de_mama_e_de_colo_de_utero_um_estudo_sobre_referencia_e_contrarreferencia_em_cinco_regioes_de_saude_de_Sao_Paulo_Brasil_The_Line_of_Care_for_breast_and_cervical_cancer_a_stu/links/58627e9208ae6eb871ab1977.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

DICIONÁRIO PRIBERAM da Língua Portuguesa. **Ginecologia.** 2008-2013. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/ginecologia>. Acesso em: 24 jan. 2015.

DORNELAS, Rodrigo; SOUSA, Maria Fátima de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Informação, educação e comunicação em saúde: análise das concepções dos coordenadores das campanhas de voz no Distrito Federal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 274-82, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000100274&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Primeira consulta ao ginecologista:** deixe a vergonha de lado. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/137-primeira-consulta-ao-ginecologista-deixe-a-vergonha-de-lado9>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FERNANDES, Nilo *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n4/e00053415/pt>. Acesso em: 12 jan. 2018.

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. **FIGO visão, missão e compromissos.** Disponível em: <http://www.figo.org/figo-vision-mission-and-commitments>. Acesso em: 05 jun. 2015.

FINKLER, Anna Luisa *et al.* O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548-53, dez. 2014. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2017.

FLORENTINO, Fátima Rejane Ayres; FLORENTINO, José Augusto. Professional social relations between nurse and doctor in the health field. **Travessias**, v. 3, n. 2, p. 301-25, 2009. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/travessias/article/viewFile/3354/2646>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FLORES, Y. *et al.* As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Salud Pública Méx.**, n. 45, supl. 3, p. 388-98, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000900013>. Acesso em: 28 nov. 2017.

FREITAS, Patrícia de. A mulher é seu útero. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, v. 1, n. 1, p. 174-87, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FRIGO, Jucimar *et al.* A consulta ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1.299-1.306, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/ article/view/11117/12594>. Acesso em: 08 mar. 2017.

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-16, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2018.

GAIOSO, Vanessa Pirani; MISHIMA, Silvana Martins. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto Contexto – Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 617-25, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400005>. Acesso em: 13 jan. 2018.

GATTI, Bernardete A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Liber Livro, 2005. 77 p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde:** seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

GLESER, Heike. Sex, women and the menopause: are specialist trainee doctors up for it? A survey of views and attitudes of specialist trainee doctors in Community Sexual & Reproductive Health and Obstetrics & Gynaecology around sexuality and sexual healthcare in the (peri)menopause. **Post Reprod. Health***, v. 21, n. 1, p. 26-33, mar. 2015*. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2053369115574448>. Acesso em: 08 abr. 2017.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 105-16.

GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/06.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

GREIVER, M. *et al.* Implementation of electronic medical records: effect on the provision of preventive services in a pay-for-performance environment. **Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien**, Mississauga, ON, v. 57, n. 10, p. 381-9, 2011. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/57/10/e381.long>. Acesso em: 18 jan. 2018.

HALL, K. S. *et al.* A population-based study of US women,s preferred versus usual sources of reproductive health care. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 213, n. 3, p. 352-65, set. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25935780>. Acesso em: 13 ago. 2017.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. N. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 145-160.

HENDERSON, J. T. *et al.* Routine bimanual pelvic examinations: practices and beliefs of US obstetrician-gynecologists. **Am J Obstet Gynecol**, v. 208, p. 109e1-109e7, 2013.

HOLLIER, Lisa M. *et al.* Women's health care teams and the future of obstetrics and gynecology. **Obstet Gynecol.**, *v. 126, n. 6, p. 1.285-9, dec. 2015.*

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** 2009. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/ginecologia/>. Acesso em: 24 jan. 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santa Catarina.** 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>. Acesso em: 13 jan. 2015.

______. **Estimativas da população residentes no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014. Brasília: IBGE, 2014.** Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/ estimativa_dou_2014.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal. **Chapecó – SC:** (ano 2011): Saúde. Disponível em: <http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=SC&IdCidade= 420420&Indicador=4&Ano=2011>. Acesso em: 05 jun. 2015.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Manual Gerencial do SISMAMA – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama.** Abr. 2009. 29 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/bec370804eb696e0979297f11fae00ee/Manual_Gerencial+SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 31 jul. 2014.

______. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

______. **Atlas on-line de mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/mrtalidadeWeb/pages/modelo10/conSultar.xhtml;jsessionid=C9B74767FD7944C6F3D4078B21FED863>. Acesso em: 06 fev. 2018.

______. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9000f2004b39c00db985bf66c974cd7f/Diretrizes+Brasileiras+2016_vers%C3%A3o+Consulta+P%C3%BAblica.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9000f2004b39c00db985bf66c974cd7fhttps://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350/291>. Acesso em: 18 dez. 2016.

______. **Tipos de câncer:** mama: fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/ mama/fatores_de_risco_1>. Acesso em: 07 fev. 2018.

IPPF – International Planned Parenthood Federation. **Our history.** Disponível em: <https://www.ippfwhr.org/en/our-history>. Acesso em: 05 jun. 2015.

LAGREW JUNIOR, David C.; JENKINS, Todd R. The future of obstetrics/gynecology in 2020: a clearer vision: finding true north and the forces of change. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 211, ed. 6, p. 617-22, dez. 2014. Disponível em: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00858-8/fulltext#sec1>. Acesso em: 24 abr. 2017.

LEVY, B. S.; MUKHERJEE, D. Changes in obstetrics and gynecologic care healthcare triple aims: moving women's healthcare from volume to value. **Clin Obstet Gynecol.**, v. 58, n. 2, p. 355-61, jun. 2015. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25811123>. Acesso em: 06 fev. 2017.

LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3.051-62, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3051.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2017.

LODI, C. T. C. *et al.* Células escamosas atípicas cervicais: conduta clínica. **FEMINA**, v. 40, n. 1, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3078.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

LOVATTO, Carem Gorniak; ROSSETO, Maíra; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de. A polissemia da higienização de mãos no contexto hospitalar: com a palavra, os usuários. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 3, p. 414-23, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169592/001005927.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MARINHO, Luiz Alberto Barcellos. Conhecimento, atitude e prática do auto exame da mama e do exame de mamografia em usuárias dos Centros de Saúde do Município de Campinas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 2, p. 135-6, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n2/a10v24n2.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MARTINS, Andréia de Fátima Hoelzle; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; CEZAR, Layon Carlos. Análise da campanha Outubro Rosa de prevenção do câncer de mama em Viçosa, MG. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 14, n. 2, p. 539-56, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol14/artigo6evol14-2.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2018.

MARTINS, Gilberto Andrade. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP**, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rco/article/viewFile/34702/37440>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MARTINS, Luciana Fernandes Volpato *et al.* Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **RFO**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 151-58, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/viewFile/3566/2988>. Acesso em: 10 out. 2017.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-9, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso: 23 maio 2015.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

______. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-16, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

______. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 43-68. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2018.

______. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009. p. 370-83.

MEDEIROS, *Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima.* Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. In: COSTA, Ana; AQUINO, Estela. “Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 17, v. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003>. Acesso em: 17 jul. 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Mar. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 17 jul. 2015.

______. Defende mudanças na atenção à saúde, gestão e financiamento do SUS. **Revista do Conselho Nacional de Secretários e Saúde**, ano VI, n. 18, jan./fev./mar. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_18.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 02-18.

______. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

______. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-23, set./dez. 2003.

MEYER, Dagmar Estermann *et al.* Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. **Estudos Feministas***, v.* 22, n. 3, p. 885-904, set./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36751/28573>. Acesso em: 12 out. 2017.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 762-8, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>. Acesso em: 03 dez. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOCCELLIN, Ana Silvia; PASTOR, Fabio Alexandre Casarin; PRADA, Juliana Rodrigues (Elab.). **Planejamento e gestão em saúde da mulher.** Brasília-DF, 95 p. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5761/planejamento_e_gestao_em_saude_da_mulher_1.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 358-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MORAES, Danielle Ribeiro de. **Revisitando as concepções de integralidade.** Fev. 2006. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Revisitando_as_concepcoes_de_integralidade.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2015.

MORAES, Patricia Maccarini. O trabalho em domicílio: elementos para pensar estratégias de conciliação entre trabalho e família. Serviço Social em Revista, Paraná, v. 18, n.2, p.73 – 92, Jan/Jun. 2016. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23660/19104. Acesso em: 13 mar.2018.

MOREIRA, João Carlos; SENE, Eustáquio de. **Geografia geral e do Brasil:** espaço geográfico e globalização. 3. ed. São Paulo: Scipione, 2010. 560 p.

MOSCUCCI, Ornella. **The science of woman:** gynecology and gender in England (1800-1929). Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 278 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=szmnVZs_ImsC&oi= fnd&pg=PR7&ots=AokEmYYlwL&sig=DBmgBRXOyidATdLioF_lO6lp_mM&redir_esc=y#v=onepage&q=speculum&f=false>. Acesso em: 14 fev. 2015.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2017.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 636-40, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>. Acesso em: 19 jan. 2018.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva *et al.* Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2017.

OLIVEIRA, D. L. O modelo preventivo da educação em saúde tem como pressuposto a idéia de que os profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-31, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421844018/>. Acesso: 03 jan. 2016.

OLIVEIRA, Dora Lucia de. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3.093-3.102, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800009>. Acesso em: 20 nov. 2017.

OLIVEIRA, D. L. L. C.; FERLA, A. A. **Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica:** análise de cenários em relação à consulta ginecológica. 2013. 52 f. (Projeto de Pesquisa) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, Porto Alegre, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al*. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-64, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1.521-33, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/10.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

PATRÍCIO, Camila Mendes *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-31, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Jucimar/Downloads/8723-35029-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2017.

PACE, L. E.; KEATING, N. L. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. **JAMA**, v. 311, n. 13, p. 1.327-35, 2014. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1853165?alert=1>. Acesso em: 21 jan. 2017.

PEREIRA, Audrey Vidal; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; AMANCIO FILHO, Antenor. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-41, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1.033-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

PEREIRA, André de Lima; LIMA, Leonice Domingos dos Santos Cintra. A desvalorização da mulher no mercado de trabalho. Organização e Sociedade, Minas Gerais, v. 6, n. 5, p. 133-148, jan./jun. 2017. Disponível em: http://revista.facfama.edu.br/index.php/ROS/article/view/277/228. Acesso em: 12 mar.2018.

PERRY, J.; GALLIOT, L.; DONNER, F. Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d’une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique: enquête en 2015 auprès de 69 sages-femmes lorraines. **La Revue Sage-Femme**, v. 16, n. 5, p. 291-5, nov. 2017. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408817301049>. Acesso em: 22 nov. 2017.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Org.). **Educação médica em transformação:** instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 343-49.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010.** Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em: 13 jun. 2015.

PRESTES, Clélia R. S.; PAIVA, Vera S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 673-88, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00673.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

PROTASIO, A. P. L. *et al*. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 209-20, out. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341750016.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2018.

QASEEM, Amir *et al.* Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the american college of physicians. **Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians**, 2014. Disponível em: <http://annals.org/aim/article/1884537/screening-pelvic-examination-adult-women-clinical-practice-guideline-from-american>. Acesso em: 09 fev. 2017.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al*. Quando as campanhas viram uma mania: avaliação da eficácia da campanha de controle do câncer de colo uterino realizada em Santos em 1998. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 93-100, maio/ago. 2003. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/6202585/saude_em_debate_n64.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1517593713&Signature=jgnLn%2F9cQTJo71PbBoDy8XIT47I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReflexoes_sobre_o_conceito_de_humanizaca.pdf#page=8>. Acesso em: 02 fev. 2018.

ROBINSON, Nuriya; STOFFEL, Cynthia; HAIDER, Sadia. Global women’s health is more than maternal health: a review of gynecology care needs in low-resource settings. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 70, n. 3, p. 211-22, mar. 2015. Disponível em: <http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2015/03000/ Global_Women_s_Health_Is_More_Than_Maternal.20.aspx>. Acesso em: 08 abr. 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

______. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 133-52, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2018.

RONDINA, João Marcelo; CANÊO, Paula Krauter; CAMPOS, Mariana Santos de. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 01, p. 43-52, 2016. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/43-52>. Acesso em: 13 jan. 2018.

SALANI, Ritu; ANDERSEN, Barbara L. Gynecologic care for breast cancer survivors: assisting in the transition to wellness. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 206, n. 5, p. 390-7, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752900/>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SALOMÃO, Graciela da Silva Miguéis; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Os fios visível e invisível da experiência do exame físico para o cliente. **Texto Contexto – Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 675-81, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/10.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

SANTA CATARINA. **Lei Complementar n. 381, de 07 de maio de 2007.** Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/ search?q=cache:7u0IPX19j-IJ:www.sea.sc.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom_ docman%26task%3Dcat_ view%26gid%3D40%26Itemid%3D64%26lang%3Dbrazilian_portuguese+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 16 ago. 2015.

______. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano diretor de regionalização:** PDR 2012 [recurso eletrônico]. Florianópolis: IOESC, 2012. 128 p. Disponível em: <file:///C:/Users/Jucimar/Downloads/PDR%20-%202012.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Revista da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu – FACIG Pensar Acadêmico**, Manhuaçu/MG, v. 12, n. 1, p. 98-108, jan./jun. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/213-819-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SAWAYA, George F. Re-envisioning the annual well-woman visit: the task forward. **Obstetrics & Gynecology**, v. 126, n. 4, p. 695-6, oct. 2015. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2015/10000/Re_envisioning_the_Annual_Well_Woman_Visit__The.1.aspx>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em números:** Santa Catarina. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013a. Disponível em: <150phttp://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Relatorio%20 Estadual.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

______. **Santa Catarina em números:** Macrorregião Oeste/Sebrae/SC. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013b. 149 p. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Macrorregiao%20-%20Oeste.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 127-30, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6446/4587>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SILVA, João Paulo Bastos *et al*. Avaliação do impacto de laboratórios de análises clínicas de hospitais de urgência e emergência do município de Belém-PA na saúde. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 35, n. 1, p. 127-32, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Joao_Paulo_Silva3/publication/25710251Avaliacao_do_impacto_de_laboratorios_de_analises_clinicas_de_hospitais_de_urgencia_e_emergencia_do_municipio_de_Belem_PA_na_saude/links/0a85e533d970ed2b07000000/Avaliacao-do-impacto-de-laboratorios-de-analises-clinicas-de-hospitais-de-urgencia-e-emergencia-do-municipio-de-Belem-PA-na-saude.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SILVA, José Alencar Gomes da. **Sistema de informação do câncer:** manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2013. 143 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/siscan_manual_preliminar.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

______. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

______. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

SILVA, Laura Muller *et al.* Sentimentos envolvidos no atendimento ginecológico prestado pelo estudante de medicina: análise pré e pós consulta. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 4, p. 210-21, dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24681>. Acesso em: 29 set. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2.415-24, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500010>. Acesso em: 30 out. 2017.

SOBECKI, Janelle N. *et al.* What we don't talk about when we don't talk about sex1: results of a national survey of United States obstetrician/gynecologists. **J Sex Med.**, v. 9, n. 5, p. 1.285-94, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387502/>. Acesso em: 22 abr. 2017.

SOUZA, Miriam Francisco de *et al.* Care coordination in PMAQ-AB: an item response theory-based analysis. **Rev Saúde Pública**, v. 51, p. 87, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602277/>. Acesso em: 19 jan. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde:** mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. 1991. 514 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

FRANCO, Túlio Batista. Os desafios para implantação das Redes de Atenção à Saúde. In: TELESSAÚDE INFORMA. Prevenção quaternária. ed. 37. Florianópolis: Governo de Santa Catarina, dez. 2015. p. 4-9. Disponível em: https://issuu.com/telessaudesc/docs/informativo_dezembro_final. Acesso em: 24 jan. 2018.

THORNTON, H.; PILLARISETTI, R. R. Breast awareness and ‘breast self-examination’ are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 44, n. 15, p. 2.118-21, 2008. Disponível em: <http://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(08)00664-3/fulltext>. Acesso em: 24 jan. 2018.

TORRES, Maria Eponina de Abreu e; MIRANDA-RIBEIRO, Paula; MACHADO, Carla Jorge. “Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 49-69, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018.

TUNDIA, Namita L. *et al*. The effect of electronic medical record system sophistication on preventive healthcare for women. **Am Med Inform Assoc.**, v. 20, n. 2, p. 268-76, mar./apr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638189/>. Acesso em: 12 nov. 2017.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

UNHR – United Nations Human Rights. **Vienna Declaration and Programme of Action.** Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ Vienna.aspx>. Acesso em: 09 mar. 2015.

WESTHOFF, Carolyn L.; JONES, Heidi E.; GUIAHI, Maryam. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete? **Journal Of Women’s Health**, v. 20, n. 1, p. 5-10, jan. 2011. Disponível em: <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/jwh.2010.2349>. Acesso em: 08 ago. 2017.

WHO – World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: early detection. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

______. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44207/1/9789241598682_eng.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

VIEIRA, Letícia Becker; LANDERDAHL, Maria Celeste; PAIDON, Stela Maris de Mello. Identificação e encaminhamentos dispensados por profissionais de uma equipe de saúde de um hospital de ensino às mulheres em situação de violência. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 4, n. 2, p. 722-9, abr./jun. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Jucimar/Downloads/893-10989-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

VITORIA, A. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 285-93, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/832-4647-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

VOLOCHKO, Anna; VIDAL, Natália de Paula. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas. In: ANTENOR, Samuel (Ed.). Desigualdades e iniquidades em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 143-53, ago. 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3896317/mod_resource/content/2/B.aula5_grupo2_Universalidade_Integralidade_equidade_SUS_PAIM.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

______. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZBIKOWSKI, Anke *et al*. Ethical guidelines and the prevention of abuse in healthcare. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, n. 165, p. 18-28, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Jucimar/Downloads/Ethical_guidelines_and_the_prevention_of_abuse_in_%20(2).pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ZIMMERMMANN, Juliana Barroso *et al.* Aspectos ginecológicos e obstétricos de pacientes atendidas nos serviços público e privado de saúde. Há diferenças? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 33, n. 12, p. 401-7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n12/v33n12a05.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ZUZELO, Patti Rager. Care for women includes addressing vaginal health. **Holist. Nurs. Pract.**, v. 31, n. 2, p. 137-9, mar./abr. 2017. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=3999500&Journal_ID=54004&Issue_ID=3998991>. Acesso em: 20 set. 2017

## SOBRE A AUTORA

**JUCIMAR FRIGO -** Enfermeira graduada pela Universidade do Contestado - UNC (1998); Especialista em Gestão Estratégica do Conhecimento Organizacional, Faculdade Exponencial - FIE, (2004); Especialista em Didática da Educação Superior, Faculdade SENAC Chapecó (2014); Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Instituto Educacional de Santa Catarina-IESC (2014); Especialista em Docência na Saúde, EducaSaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (2015). Mestre em Terapia Intensiva, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva - SOBRATI (2011); Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS (2018).